Votre sécurité sociale au quotidien

Ouvrage publié avec le soutien de
l'École d'études sociales et pédagogiques (EESP)

Béatrice Despland

Votre sécurité sociale au quotidien

72 situations
Vos questions
La réponse



Série « Tavail social »

Les Éditions « Réalités sociales » publient des études et des travaux portant sur les divers aspects de l'activité sociale en Suisse.
Leur but est de stimuler les échanges et les débats entre les personnes engagées dans ce champ d'action.

Pierre Gilliand
Jean-Pierre Fragnière
Responsable d'édition : Madeleine Rouiller Gilliand

La collection « Travail social » est publiée sous les auspices de la Conférence suisse des écoles supérieures de Service social. Elle se propose d'assurer la diffusion de travaux et d'études concernant le secteur du travail social, en particulier en vue de stimuler la formation des professionnels qui, de près ou de loin, lui sont rattachés.

Diffusion auprès des libraires
Albert le Grand Diffusion S. A.
Rte de Beaumont 20, 1700 Fribourg

ISBN 2-88146-098-X

Imprimé en Suisse

Liminaire

Conscient de l'importance croissante que prennent les assurances sociales dans la vie quotidienne des lecteurs, et persuadé qu'une rubrique hebdomadaire consacrée à ce thème répondrait aux besoins, Roger de Diesbach, Rédacteur en chef, a engagé « *La Liberté* » dans cette expérience. Deux ans plus tard, les faits lui donnent raison. Les demandes sont nombreuses, les sujets jamais épuisés. Regrouper tous ces articles au sein d'un petit ouvrage est apparu comme une nécessité. Lorsque l'idée lui fut soumise, Roger de Diesbach a, une fois encore, manifesté une grande ouverture et appuyé la démarche. Qu'il en soit chaleureusement remercié.

Professeur à l'EESP et à l'Université de Genève, Jean-Pierre Fragnière a compris l'utilité d'un ouvrage de vulgarisation portant sur des sujets dont il est à même de mesurer la complexité. Il a mis ses compétences à disposition pour la réalisation du présent recueil. Je lui adresse mes plus cordiaux remerciements.

Béatrice Despland

Introduction

Les assurances sociales seront bientôt centenaires. C'est en 1899 qu'était adoptée, au Parlement, la première loi fédérale consacrée à l'assurance-maladie et accidents. Fondée sur l'article constitutionnel de 1890, elle rendait la protection sociale obligatoire. En dépit de son rejet par le peuple, le 20 mai 1900, la première LAMA constitue une étape importante dans les débats et les travaux qui déboucheront sur la Loi fédérale du 13 juin 1911 qui est, elle, facultative.

Jusqu'à la fin de la Deuxième Guerre mondiale, aucune autre loi fédérale ne passa le cap du Parlement et la sanction du peuple. Au cours des années suivantes, qualifiées de « trente glorieuses », les assurances sociales se sont enfin développées : en 1946, l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), en 1952 le régime fédéral des allocations familiales et celui des allocations pour perte de gain aux militaires, en 1951 l'assurance-chômage (AC), en 1959 l'assurance-invalidité (AI), en 1982 le régime de la prévoyance professionnelle (LPP).

L'assurance-accidents et l'assurance-chômage sont révisées en 1982. L'assurance-maladie est modifiée en 1994, et l'assurance-vieillesse et survivants en 1995.

Une branche d'assurance est actuellement en révision (l'assurance-invalidité) alors que d'autres doivent être modifiées dans un avenir proche (prévoyance professionnelle, allocations pour perte de gain aux militaires, assurance-vieillesse et survivants).

Au terme de ce parcours, et en l'état actuel, le système de sécurité sociale suisse se présente comme un ensemble complexe de branches séparées les unes des autres, régies par leurs propres règles en ce qui concerne les critères d'affiliation, les conditions d'ouverture du droit aux prestations et le niveau de protection octroyée. En 1981, la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande constatait :

« c'est compliqué pour un travailleur social… c'est un labyrinthe pour l'assuré »[1].

La situation ne s'est guère simplifiée au cours des quinze dernières années. Les assurés ont quelques raisons d'être désemparés. D'autant que le phénomène du chômage a pris le devant de la scène et mis en exergue les difficultés des personnes confrontées au cumul de risques (chômage-maladie, ou chômage-accidents). Les personnes professionnellement actives sont, elles aussi, confrontées à des problèmes croissants souvent induits par une plus grande fragilité sur le marché du travail, mais trop souvent, aussi, par les lacunes et les limites des régimes d'assurance. Les femmes professionnellement actives ne sont toujours pas couvertes, à titre obligatoire, en cas de maternité. Les personnes au travail n'ont aucune garantie légale que leur salaire sera compensé en cas de perte de gain due à la maladie. La notion d'incapacité de gain se heurte aux limites rigides de systèmes conçus à une époque où les chances de réinsertion étaient bien réelles pour les personnes fragilisées en raison d'un handicap ou d'un âge avancé, voire d'un manque de formation.

Dans ce contexte, la complexité des régimes inquiète. Les questions sont nombreuses, non seulement par rapport au cas individuel immédiat (pourquoi l'assurance-accidents ne paie plus mes indemnités ?), mais également en regard d'un avenir proche (quels seront mes droits dans deux ou trois ans, quand je prendrai ma retraite anticipée ?).

Le présent ouvrage est fondé sur ces interrogations. Les cas pratiques examinés sont regroupés de telle manière qu'un « fil rouge » devrait se dégager au fil de la lecture, au gré des chapitres. Un certain nombre de grands principes relatifs aux droits des assurés (notamment le droit de recours auprès des tribunaux) sont traités, à différentes reprises, dans le cadre de chaque assurance concernée.

Ces indications bibliographiques complètent les deux ouvrages de référence :

Jean-Marie Agier, Nicole Chollet : *Maladie, accident, invalidité, vieillesse, perte de soutien : vos droits d'assurés*, Éditions d'en bas, Lausanne, 1997.

Jean-Louis Duc : *Les assurances sociales en Suisse*, IRAL, Lausanne, 1995.

---

1. Fédération des sociétés de secours mutuel de la Suisse romande : Rapport de la Commission pour une meilleure coordination des assurances sociales, Lausanne, mars 1981.

Abréviations

Organismes fédéraux

DFI Département fédéral de l'intérieur
OFAS Office fédéral des assurances sociales, Berne
TFA Tribunal fédéral des assurances, Lucerne
OFIAMT Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail, Berne
dès le 1er janvier 1998 :
OFDE Office fédéral du développement et de l'emploi

Textes fédéraux

LAMal Loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994
OAMal Ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995
OPAS Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995

LAA Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981
OLAA Ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982/21 octobre 1987

LAVS Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946
RAVS Règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 31 octobre 1947

OMAV	Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse, du 28 août 1978
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959
RAI	Règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961
OIC	Ordonnance concernant les infirmités congénitales, du 9 décembre 1985
OMAI	Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité, du 29 novembre 1976
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, du 19 mars 1965
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, du 25 juin 1982
OPP[2]	Ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, du 18 avril 1984
LACI	Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, du 25 juin 1982
OACI	Ordonnance sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, du 31 août 1987
LFA	Loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture, du 20 juin 1952
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908

Quelle est votre question?

ASSURANCE-MALADIE

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994 (entrée en vigueur le 1er janvier 1996)

1. Soins médicaux et pharmaceutiques

La nouvelle Loi fédérale consacre le principe d'une couverture obligatoire pour toutes les personnes domiciliées en Suisse. Aucune réserve d'assurance ne peut donc être imposée dans l'assurance obligatoire.

Une séparation claire est opérée entre l'assurance de base (rattachée au droit social) et l'assurance complémentaire (intégrée à l'assurance privée). De ce fait, les conditions d'affiliation à l'assurance complémentaire sont différentes de celles prévues par la LAMal. L'assureur peut, ainsi, mettre des réserves (à titre rétroactif, si le preneur d'assurance a commis une réticence), voire refuser la couverture d'assurance privée. Les délais de résiliation sont différents de ceux prévus dans la LAMal. Les primes sont, en principe, plus élevées pour les femmes.

Le libre-passage existe pour la seule assurance obligatoire. Tout assuré peut donc changer de caisse dans les délais légalement prescrits. Le nouvel assureur doit informer l'assureur actuel quant à la date de la nouvelle affiliation. En cas d'omission, il engage sa responsabilité envers l'assuré.

La couverture d'assurance ne peut être suspendue dans son intégralité (par exemple, lors du service militaire).

La LAMal couvre plusieurs risques : la maladie, la maternité, l'infirmité congénitale. De plus, l'accident est, désormais, également cou-

vert par les assureurs-maladie. Il s'agit d'une couverture subsidiaire pour les personnes qui ne sont pas couvertes par l'assurance-accidents (LAA).
L'assurance-maladie fonctionne sur le principe de la territorialité. Cela signifie que les prestations ne sont pas versées pour des traitements effectués à l'étranger. Font exception les traitements effectués en urgence.
Le catalogue des prestations s'est enrichi, notamment en ce qui concerne la prévention, les soins dentaires, les frais de transport. Les principes sont fixés dans la Loi fédérale. L'étendue des prestations est, elle, précisée dans les Ordonnances fédérales.

Pour aller plus loin :

a) grand public

L'assurance-maladie obligatoire en bref, Office fédéral des assurances sociales (OFAS), 1997.

La brochure peut être obtenue auprès de l'Office fédéral des imprimés et du matériel (OCFIM), 3000 Berne
No de commande : 318.950 f.

b) personnes intéressées, professionnels

Recueil de travaux consacré à la LAMal, en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, IRAL, Lausanne, 1997.

Revue Sécurité Sociale, OFAS (rubriques régulières sur l'assurance-maladie).

Aspects de la sécurité sociale (ASS), Bulletin de la Fédération suisse des employés d'assurances sociales :
1/1996 : numéro consacré à la nouvelle Loi fédérale sur l'assurance-maladie.
1/1997 : numéro également consacré à l'assurance-maladie.

2. Couverture de la perte de salaire

La révision de la Loi fédérale n'a pas changé le caractère facultatif de la couverture du salaire en cas de maladie. Ainsi, de nombreux travailleurs ne bénéficient d'aucune protection sociale lorsqu'ils sont incapables de travailler en raison de la maladie. Certes, ils peuvent exiger, de l'employeur, le versement du salaire durant une certaine période. Mais cette dernière, très limitée, est fixée en fonction de l'ancienneté dans l'entreprise (voir, à ce propos, les dispositions du Code des Obligations).

L'assurance étant facultative, les assureurs sont fondés à imposer une réserve d'assurance, lorsqu'il s'agit d'une assurance individuelle ou d'une assurance collective qui n'est pas obligatoire pour l'employeur. La réserve peut s'étendre sur cinq ans au maximum. Elle doit viser une maladie existante (ou une maladie qui, ayant existé, est susceptible de récidiver). En aucun cas, elle ne peut s'attacher à un risque.

Comme pour la branche « soins médicaux et pharmaceutiques », la branche « perte de salaire » est fondée sur le principe de la territorialité. L'indemnité n'est donc, en principe, pas versée lorsque l'assuré malade séjourne à l'étranger.

La Loi fédérale impose le versement de 720 indemnités journalières. Ces dernières se cumulent, le cas échéant, avec l'assurance-invalidité.

L'assuré étant tenu de prendre toute mesure tendant à diminuer les conséquences du dommage, l'assurance-maladie peut, notamment, exiger de ce dernier qu'il se soumette à un traitement médical, voire qu'il s'engage dans une activité moins dommageable pour sa santé.

La LAMal prévoit un congé maternité de 16 semaines. Un délai d'affiliation de 270 jours peut être exigé.

La Loi fédérale garantit le droit de passer dans l'assurance individuelle lorsque l'appartenance à l'assurance collective prend fin. L'assuré bénéficie, alors, d'un délai de trois mois pour faire valoir son droit.

La LAMal permet aux assureurs-maladie de couvrir la perte de salaire selon le droit privé. Dans ce cas, les dispositions de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) sont appliquées. Les assureurs peuvent, dans ce cadre, être plus restrictifs : par exemple, exclure la maternité de la couverture d'assurance, mettre des réserves à vie, voire refuser la couverture de l'indemnité journalière en raison du risque.

Pour aller plus loin :

Personnes intéressées, professionnels

Philippe GNAEGI : Le droit du travailleur au salaire en cas de maladie, Schulthess, Polygraphischer Verlag Zurich, 1996.

Une réserve rétroactive après l'intervention chirurgicale ?

La question

Madame R. est assurée, pour les soins médicaux et pharmaceutiques, auprès d'une caisse-maladie depuis de nombreuses années. Depuis le 1er janvier 1996, elle a conclu une assurance complémentaire d'hospitalisation auprès d'une compagnie privée. En mai 1997, elle a subi une intervention chirurgicale pour des varices en division semi-privée d'une clinique proche de son domicile. L'assureur privé, qui a reçu la facture pour cette intervention, vient de l'informer qu'il refuse de prendre ce traitement en charge. Selon lui, le traitement concerne une affection dont Madame R. souffrait déjà lors de son adhésion dans l'assurance privée. Constatant une réticence, l'assureur grève donc le contrat de Madame R. d'une réserve rétroactive (dès le 1er janvier 1996) et pour une durée de 10 ans. Madame R. est surprise. L'assureur peut-il mettre une réserve rétroactive après l'intervention chirurgicale ? Par ailleurs, Madame R. avait entendu dire que la durée de la réserve ne pouvait pas dépasser 5 ans. Qu'en est-il ?

Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, le 1er janvier 1996, on fait une distinction claire entre l'assurance de base, obligatoire pour les soins médico-pharmaceutiques (régie par la LAMal) et les assurances complémentaires (soumises au droit privé).
Cette distinction est fondamentale. Dans l'assurance de base, les assureurs doivent couvrir les mêmes prestations, selon le catalogue mentionné dans la Loi fédérale et précisé dans les Ordonnances fédérales. Aucune caisse-maladie ne peut ajouter, ou soustraire, des

prestations pour satisfaire ses assurés ou limiter ses coûts. L'assurance de base est donc contraignante pour les assureurs. Du fait qu'elle est devenue obligatoire sur l'ensemble du territoire suisse, les caisses-maladie ne peuvent plus mettre de réserve dans cette branche. Ainsi, dès le 1er janvier 1996, toute personne, quel que soit son état de santé et son âge doit être assurée et les frais de traitement doivent être couverts dans l'assurance de base, pour autant que les conditions légales soient remplies (notamment le domicile en Suisse).
Il n'en va pas de même pour les assurances complémentaires. Dans la mesure où elles sont facultatives et rattachées au droit privé, elles sont assorties, pour l'assureur, du droit d'évaluer le risque qu'il est appelé à couvrir. Si ce risque est jugé trop élevé, l'assureur peut refuser d'en assurer temporairement la couverture (par une réserve limitée dans le temps), ou l'exclure sur une plus longue durée (à vie, par exemple), voire refuser toute couverture complémentaire. La décision de l'assureur se fondera sur les règlements internes de sa compagnie d'assurance (ou de sa caisse-maladie). L'assureur privé dispose donc d'une marge de manœuvre qui est refusée à la caisse-maladie appliquant la LAMal.
Qu'en est-il du cas de Madame R. ? Si on admet que Madame R. connaissait l'affection dont elle souffrait (varices), elle devait la déclarer au moment de son entrée dans la compagnie privée. Le fait qu'elle ait dissimulé cette maladie (qui a conduit à une opération) équivaut, effectivement, à une réticence. La compagnie d'assurance était donc fondée à rétablir la situation de droit qui aurait prévalu, le 1er janvier 1996, si les renseignements avaient été correctement donnés. La durée de cinq ans, dont Madame R. a entendu parler, était effectivement la durée des réserves appliquées dans la LAMal, avant l'introduction du système obligatoire. Comme expliqué précédemment, cette durée peut être nettement plus étendue dans l'assurance privée.

Un délai d'attente en cas de maternité ?

La question

Madame M. est assurée auprès d'une caisse-maladie depuis plus de vingt ans pour les soins médico-pharmaceutiques (assurance de base). Récemment, sa caisse lui a communiqué la nouvelle prime d'assurance valable dès le 1er janvier 1997. Jugeant cette prime trop élevée, Madame M. décide de changer de caisse. Elle demande à un autre assureur de lui communiquer les primes pour une couverture de base et une assurance complémentaire d'hospitalisation (en chambre semi-privée). Madame M. souhaite avoir un enfant dans un avenir très proche et désire accoucher dans la clinique où exerce son gynécologue. Elle vient de recevoir les informations demandées, et en est très surprise. En effet, si la prime de l'assurance de base est inférieure à celle de l'assurance actuelle, les conditions de l'assurance complémentaire posent problème : en cas de maternité, les prestations sont versées après un délai d'attente de deux ans. Madame M. se demande si cette condition est légale et quelles sont ses possibilités d'action. Par ailleurs, elle aimerait savoir si une condition identique peut être imposée dans l'assurance perte de gain de son entreprise. Elle précise qu'elle y travaille depuis quatre ans.

En ce qui concerne la couverture des soins médico-pharmaceutiques, Madame M. n'a aucune possibilité d'action. Depuis le 1er janvier 1996, les assureurs-maladie doivent rembourser les frais liés à la maternité selon une liste figurant dans l'Ordonnance fédérale. Toutes les caisses doivent verser les mêmes prestations. Elles ne peuvent pas imposer de délai d'attente, c'est-à-dire un délai durant lequel l'assuré paye ses cotisations, sans avoir droit aux prestations. Quand

l'assurance était facultative (au plan fédéral), les caisses-maladie pouvaient exiger un délai de 270 jours (calculés, rétroactivement, dès le jour de la naissance). Depuis que l'assurance est obligatoire, une telle possibilité n'existe plus. Donc, même si la femme contracte une assurance de base durant la grossesse, elle sera couverte au moment de l'accouchement.

Ce principe est valable pour la seule assurance de base. En ce qui concerne les assurances complémentaires, les assureurs disposent d'une plus grande marge de manœuvre. Ils peuvent, ainsi, imposer un délai d'attente de 270 jours ou plus. La caisse à laquelle Madame M. s'est adressée prévoit ainsi un délai de deux ans. Cela signifie que si Madame M. accouche avant ce délai, elle aura droit aux seules prestations de la chambre commune. Pour être couverte en clinique, Madame M. doit donc s'assurer bien avant d'être enceinte! Une telle disposition est inattaquable, parce que l'assurance complémentaire est soumise au droit privé. Madame M. peut, cependant, solliciter une offre auprès d'un autre assureur, qui aurait des conditions moins restrictives.

En ce qui concerne la couverture du salaire, la Loi fédérale prévoit un délai d'attente de 270 jours, car cette branche d'assurance est facultative. Dans la mesure où elle est affiliée depuis quatre ans, par son employeur, Madame M. est totalement protégée. Si le contrat est conclu auprès d'un assureur appliquant la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, Madame M. aura droit à un congé maternité de seize semaines.

Quand la caisse-maladie ne remplit pas ses obligations

La question

Madame V. a été assurée durant 15 ans auprès de la caisse-maladie X. Le montant des cotisations étant très élevé, Madame V. décide de changer de caisse. En août 1996, elle s'adresse à la caisse Z, qui se déclare prête à l'assurer dès le 1er janvier 1997. À la fin du mois d'août, Madame V. envoie la résiliation de son assurance à sa caisse-maladie, pour le 31 décembre 1996. Dès janvier 1997, Madame V. pense être assurée auprès de la seule caisse-maladie Z. Or, elle reçoit encore les bulletins de versement de son « ancienne » caisse. Cette dernière l'informe, au début février 1997, que la résiliation du contrat ne peut être prise en considération car la caisse Z n'a pas envoyé l'attestation d'assurance en temps utile. Finalement, la caisse Z. transmet cette déclaration à la caisse X. Cette dernière met fin à l'assurance de Madame V. au 31 mars 1997, la caisse Z. prenant le relais le 1er avril 1997. Madame V. n'est, cependant, pas satisfaite. Les cotisations qu'elle a dû payer à la caisse X. sont nettement plus élevées que celles qu'elle aurait dû payer à la caisse Z. Peut-elle intervenir ?

D'après la nouvelle Loi fédérale sur l'assurance-maladie, entrée en vigueur le 1er janvier 1996, le droit de changer de caisse-maladie (sans perte de droits) est garanti dans l'assurance de base. C'est le droit de « libre-passage ».

Dans l'assurance obligatoire, le délai de résiliation est de trois mois pour la fin d'un semestre. Madame V. a respecté ce délai. Ce n'est, toutefois, pas suffisant. Une autre condition légale prévoit que l'ancien

assureur doit être en possession d'une attestation du nouvel assureur pour « libérer » son assuré. Cette norme protège l'assuré, car elle garantit la continuité dans la couverture d'assurance. En ce qui concerne Madame V., cette condition n'a pas été remplie, la caisse Z n'ayant pas transmis l'attestation à la caisse X avant le 31 décembre 1996. C'est donc à bon droit que la caisse-maladie X a maintenu l'affiliation de Madame V. et qu'elle réclame le paiement des cotisations jusqu'au 31 mars 1997, date de la fin de contrat, et du passage dans l'assurance Z.

Cependant, cette solution n'est, financièrement, pas avantageuse pour Madame V. En effet, si la caisse Z. s'était acquittée de ses obligations à temps, Madame V. aurait bénéficié d'une cotisation plus avantageuse dès le 1er janvier 1997 déjà, comme elle l'avait escompté. Madame V. dispose-t-elle d'un moyen d'action? Oui. Selon le nouveau droit fédéral, l'assureur qui omet de transmettre l'attestation d'assurance à l'ancienne caisse-maladie doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Madame V. peut donc simplement exiger, de la nouvelle caisse-maladie, le paiement de la différence de cotisations pendant trois mois. Ainsi, Madame V. ne subit aucun préjudice économique.

Enfin, et bien que cela ne concerne pas Madame V., on relèvera que le droit fédéral prévoit une troisième condition au libre-passage dans une autre caisse-maladie : l'obligation d'avoir réglé les cotisations et participations dues à la caisse-maladie actuelle. Cette disposition protège les caisses-maladie, car elle empêche qu'un assuré passe d'un assureur à l'autre sans jamais s'acquitter de ses obligations pécuniaires.

À 72 ans, il doit remplir un questionnaire de santé

La question **Madame W., âgée de 72 ans, a décidé de changer de caisse-maladie en raison de l'augmentation des cotisations dans son assurance. Après avoir pris divers renseignements, elle s'est adressée à une caisse apparemment avantageuse. Cette dernière lui a fait parvenir différents documents, dont un questionnaire de santé. Surprise, Madame W. a néanmoins rempli ces papiers et les a retournés à la caisse. Dans les semaines qui ont suivi, elle a consulté son médecin traitant. Ce dernier lui a appris qu'il avait dû envoyer un rapport détaillé au médecin conseil de la caisse-maladie. Il en est, du reste, surpris. Madame W. se demande donc si la caisse-maladie avait le droit de demander des renseignements détaillés sur son état de santé Aurait-elle dû refuser de remplir le questionnaire de santé ?**

Madame W. ne précise pas quelle couverture d'assurance elle a sollicitée auprès de la nouvelle caisse-maladie. Il faut donc envisager deux hypothèses : soit Madame W. a demandé la seule couverture de base, soit elle a souhaité obtenir une assurance de base et une couverture complémentaire.

Dans la première hypothèse, tant le médecin que Madame W. ont des raisons d'être surpris. En effet, la caisse-maladie ne peut pas exiger, du candidat à l'assurance, qu'il fournisse des renseignements détaillés sur son état de santé, car ces renseignements n'ont aucune incidence sur la couverture d'assurance-maladie obligatoire. Cela signifie que les assureurs doivent accepter toute personne qui en fait la demande, quels que soient son âge et son état de santé. Les assureurs devront, également, rembourser toutes les prestations prévues par la loi et les ordonnances fédérales. Le système en vigueur garantit, ainsi, le libre-passage intégral d'une caisse-maladie à l'autre.

Madame W. aurait donc pu refuser de remplir le questionnaire de santé. Il n'en va pas de même dans la seconde hypothèse. Si Madame W. a sollicité une couverture complémentaire, la nouvelle caisse-maladie est en droit d'exiger des renseignements médicaux détaillés. En effet, les couvertures complémentaires étant facultatives et rattachées à l'assurance privée, le libre-passage n'existe pas. Les assureurs peuvent tenir compte de l'état de santé pour décider s'ils accordent la couverture souhaitée, intégralement ou de manière limitée (avec une réserve) ou s'ils la refusent purement et simplement. Le candidat à l'assurance doit donc répondre aux questions posées de manière exhaustive. Il doit également admettre le fait que le nouvel assureur a le droit, par l'intermédiaire de son médecin conseil, de demander un rapport au médecin traitant. En signant sa demande d'adhésion, le candidat à l'assurance donne, du reste, une telle possibilité à l'assurance. Ce nouveau système n'est pas favorable aux personnes malades, âgées ou invalides, car la possibilité de conclure une assurance complémentaire est très limitée, voire inexistante pour elles. Si Madame W. bénéficie, actuellement, d'une couverture complémentaire à laquelle elle tient, on peut lui conseiller de rester affiliée auprès de sa caisse-maladie.

Quelle couverture lors du service militaire ?

La question

Monsieur H. doit accomplir son service militaire au cours de l'été. Il s'est renseigné auprès de sa caisse-maladie pour savoir s'il pouvait suspendre son assurance durant cette période. Il lui a été répondu que ce n'est pas possible. Monsieur H. est surpris. Il lui semblait que c'était une obligation des caisses-maladie. Si tel n'est pas le cas, comment justifier le maintien de l'assurance-maladie, alors que l'assurance militaire intervient durant sa période de service militaire ? Monsieur H. aimerait être renseigné sur ce point. Par ailleurs, il n'est pas sûr de pouvoir conserver son emploi après le service militaire. S'il devait se retrouver au chômage, quelle serait sa situation en ce qui concerne la couverture de la maladie et de l'accident ?

Les renseignements obtenus par Monsieur H. sont partiellement exacts. Selon le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995, les caisses-maladie accordaient, effectivement, la possibilité de suspendre la couverture d'assurance pendant une période de service militaire, pour autant que cette dernière soit d'une certaine durée. Avec l'entrée en vigueur de la nouvelle Loi fédérale (LAMal), la situation a changé. Les dispositions en vigueur ne permettent plus de suspendre la couverture d'assurance. Dans ce sens, la réponse obtenue par Monsieur H. est correcte. Cette situation a donné lieu à de nombreuses critiques. C'est pourquoi le Conseil fédéral a procédé à une révision de l'Ordonnance fédérale, qui est entrée en vigueur le 1er janvier 1997. À partir de cette date, les assureurs-maladie peuvent offrir, non pas la suspension de l'assurance, mais une réduction de la prime pendant un service militaire de plus de 60 jours. Si Monsieur H. est dans cette situation, il peut demander la réduction de prime correspondante.

Pourquoi ne pas avoir prévu la suspension de la couverture d'assurance ? L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a précisé que la suspension n'avait pas été envisagée pour plusieurs raisons. D'une part, les lacunes de protection ne sont pas totalement exclues durant une période de service militaire. D'autre part, la prime d'assurance-maladie comprend toujours une part de solidarité qu'il convient de maintenir. Enfin, la question de la double prime ne se pose pas, puisque l'assurance militaire ne prélève pas de prime pour la couverture qu'elle accorde, notamment en cas d'accidents.

Quant à la situation de Monsieur H. après sa période de service, il convient de relever les points suivants. D'une part, Monsieur H. est protégé contre les licenciements non seulement durant sa période de service militaire, mais également dans les quatre semaines qui précèdent et qui suivent ce service. Cette protection, accordée par le Code des Obligations, est en vigueur depuis le 1er janvier 1989. Passé cette période de protection, la résiliation du contrat de travail peut intervenir, pour autant que le délai légal soit respecté. Si Monsieur H. se retrouve, malheureusement, au chômage, aucun changement n'interviendra par rapport à sa couverture d'assurance-maladie. En revanche, le risque « accident » ne devra pas être inclus dans la couverture de base de l'assurance-maladie, puisque ce risque est obligatoirement couvert, en cas de chômage, par le régime de l'assurance-accidents (LAA). Depuis le 1er janvier 1996, la CNA gère tous les cas d'accidents dont sont victimes les personnes au chômage. Ces personnes paient, par ailleurs, une prime de 3,1 %, retenue sur l'indemnité de chômage. Depuis le 1er janvier 1997, le taux de la prime est ramené à 1,7 % lorsque la personne au chômage participe à un programme d'occupation. L'organisateur du programme paie, de son côté, une cotisation de 1,9 %.

Une retraite à l'étranger

La question **Monsieur E. atteindra l'âge de 65 ans le 23 mars 1997. Son épouse touche déjà une rente AVS depuis le 1er juin 1996. Monsieur et Madame E. envisagent de passer quelques années en France après que tous les deux seront à la retraite. Les renseignements et les dispositions qu'ils ont déjà pris leur permettent d'envisager sereinement ce séjour à l'étranger. Un seul point les inquiète : l'assurance-maladie. Monsieur et Madame E. ont appris, par des connaissances, que leur caisse-maladie ne peut plus les assurer lorsqu'ils seront à l'étranger. Monsieur E. aimerait savoir si c'est exact. Ce point est important compte tenu des risques de maladies dues à leur âge.**

Beaucoup de ressortissants suisses se posent cette question lorsqu'ils envisagent un séjour à l'étranger, que ce soit à l'occasion de la retraite, ou pour des motifs professionnels. La réponse est un peu complexe.
Jusqu'au 31 décembre 1995, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMA) permettait aux caisses-maladie de maintenir la couverture d'assurance lorsque leurs assurés, ressortissants suisses, quittaient le territoire suisse. Il en allait de même pour les frontaliers qui perdaient leur emploi en Suisse.
Avec l'entrée en vigueur de la nouvelle Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), le 1er janvier 1996, la situation a changé. L'assurance est devenue obligatoire. De ce fait, et selon le texte de la Loi, les personnes qui sont domiciliées en Suisse sont obligatoirement assurées et peuvent prétendre au remboursement des prestations prévues dans la LAMal. Les personnes domiciliées hors de Suisse sont donc, en principe, exclues de la couverture d'assurance (exception faite de quelques groupes de personnes, tels que les frontaliers).

Est-ce que cela signifie que les Suisses de l'étranger sont exclus de l'assurance helvétique depuis le 1er janvier 1996 ? Non. Tout d'abord, une disposition transitoire de la Loi fédérale leur a permis de maintenir leur couverture d'assurance jusqu'au 31 décembre 1996. Cette dernière aurait donc dû s'arrêter au 1er janvier 1997. À cette date, également aucune nouvelle affiliation n'aurait dû être possible. Cela n'est, pourtant, pas le cas. Pourquoi ?
Conscient des difficultés que pourraient rencontrer les Suisses de l'étranger, le Conseil fédéral a modifié l'Ordonnance fédérale. Ainsi, depuis le 1er janvier 1997, les caisses-maladie sont autorisées (et non contraintes) à poursuivre la couverture d'assurance sur la base d'un contrat. Ce dernier est soumis au droit privé. Cela signifie que les caisses-maladie peuvent refuser de maintenir la couverture d'assurance lorsque leurs membres quittent le territoire suisse. Il semblerait qu'elles peuvent également assortir la couverture d'assurance de certaines restrictions (par exemple une réserve pour une période déterminée). La protection prévue par l'Ordonnance n'est donc pas nécessairement intégrale.
À l'heure actuelle, plus d'une vingtaine de caisses-maladie offrent une couverture à leurs assurés qui déplacent leur domicile à l'étranger. Certaines mettent des réserves, d'autres prévoient des conditions spéciales d'admission, d'autres, enfin, offrent une couverture qui ne répond pas aux exigences de la LAMal.
Il est donc extrêmement difficile de donner une réponse définitive à Monsieur et Madame E. Nous ne pouvons que conseiller à ces derniers de s'adresser directement à leur caisse-maladie pour voir si elle leur accorde une couverture à l'étranger et, le cas échéant, à quelles conditions. Il faut bien admettre que la situation est loin d'être claire et satisfaisante. Bon nombre de ressortissants suisses à l'étranger peuvent, en effet, se retrouver sans couverture d'une assurance helvétique et sans garantie d'une couverture exhaustive par un assureur du pays d'accueil.

Un accident en Italie

La question **Madame V., domiciliée en Suisse, est allée passer quinze jours en Italie, avec ses deux enfants. Suite à une chute, lors d'une excursion, elle s'est fracturé le pied. Transportée chez le médecin le plus proche, elle a reçu les premiers soins, avant d'être acheminée à l'hôpital régional pour les radiographies et la pose du plâtre. De retour en Suisse, elle a transmis les factures à sa caisse-maladie.Cette dernière vient de l'informer que la facture ne peut pas être remboursée dans sa totalité, car le traitement a eu lieu à l'étranger. La caisse précise que le dossier est encore à l'examen, et qu'une position définitive lui sera communiquée dans un bref délai. Madame V. est surprise. Selon elle, les traitements ont été faits en urgence et le remboursement doit être intégral. Si la caisse-maladie refuse de payer, que peut-elle faire?**

D'après les indications qu'elle a fournies, Madame V. n'est pas salariée. Elle n'est donc pas assurée par l'assurance-accidents (LAA). Il appartient, dès lors, à la caisse-maladie de prendre le cas en charge.

Le droit suisse de l'assurance-maladie est régi par le principe de la territorialité. Cela signifie que, en règle générale, les traitements effectués hors de Suisse ne sont pas remboursés. La récente révision de la Loi fédérale a introduit quelques nuances et apporté des précisions.

Si une personne tombe malade à l'étranger, lors d'un séjour temporaire, elle peut faire valoir un droit aux prestations auprès de sa caisse-maladie suisse, pour autant qu'il y ait urgence, c'est-à-dire qu'un retour en Suisse ne soit pas approprié. Par ailleurs, les traitements dispensés à l'étranger doivent être reconnus comme prestations obligatoires en Suisse. Si ces conditions sont remplies, les frais de traitement sont remboursés à raison du double du montant qui

aurait été payé en Suisse. On prend donc en considération le fait que les tarifs appliqués à l'étranger pourraient constituer une charge trop lourde pour l'assuré. La même règle est appliquée, du reste, par l'assurance-accidents (selon la LAA).
Dans le cas de Madame V., la caisse-maladie devra établir le montant qui aurait été facturé, en Suisse, pour un traitement semblable, selon le tarif cantonal ou la convention en vigueur au lieu de domicile. Elle devra, le cas échéant, augmenter ce montant jusqu'à la limite prescrite.
On peut relever que les frontaliers, les travailleurs détachés et les personnes occupées par un service public à l'étranger (ainsi que les membres de famille) bénéficient également de cette disposition.
En revanche, si la personne assurée se rend volontairement à l'étranger pour y recevoir des soins, elle ne peut prétendre à aucun remboursement des frais. La Loi et l'Ordonnance fédérales prévoient quelques exceptions : par exemple en cas d'accouchement à l'étranger (à des conditions restrictives) ou pour des traitements qui ne pourraient être réalisés en Suisse (expressément définis par l'administration fédérale).
Madame V. a donc droit, en principe, au remboursement des frais de traitement en Italie. Si la caisse-maladie refuse de verser les prestations légalement prescrites, Madame V. pourra faire opposition à la décision de caisse, puis recourir, le cas échéant auprès du tribunal compétent dans son canton.

Un accident lors d'une randonnée en montagne

La question

Madame W. exerce une activité à titre d'indépendante. Le 5 avril 1997, elle a été victime d'un accident lors d'une randonnée en montagne. Elle souffre, notamment, d'une fracture importante de la jambe, qui a nécessité une courte hospitalisation et des soins ambulatoires. Elle a transmis l'ensemble des factures à sa caisse-maladie. Il y a douze jours, elle a reçu une lettre de sa caisse, établissant le décompte des montants facturés et des montants remboursés par ses soins. Madame W. a été extrêmement surprise de constater que la caisse-maladie prenait en considération la franchise de fr. 1200.- (qu'elle avait choisie) et une participation aux frais ambulatoires de 10 %. Madame W. avoue n'avoir jamais accordé une attention particulière à ses assurances, mais déclare avoir été persuadée que les frais concernant un accident devaient être intégralement remboursés par la caisse-maladie. Elle se serait donc trompée? Par ailleurs, elle aimerait savoir si une nouvelle franchise sera perçue en cas de maladie. Si la caisse-maladie est dans son droit, que peut faire Madame W. pour améliorer sa couverture en cas d'accident?

Madame W. est indépendante. À ce titre, elle n'est pas assurée, obligatoirement, contre le risque « accident ». Elle aurait pu s'assurer, à titre facultatif, dans le cadre de la LAA (assurance-accidents obligatoire pour les travailleurs salariés). Elle ne l'a, manifestement, pas fait. Elle aurait également pu solliciter une couverture d'accident auprès d'une compagnie privée. Cette dernière aurait appliqué, alors, les règles régissant le contrat d'assurance privée. Madame W. ne l'a, manifestement, pas fait non plus. Elle est donc, bel et bien,

soumise à la seule Loi fédérale sur l'assurance-maladie, qui couvre l'accident à titre subsidiaire.

Est-ce que la caisse-maladie est autorisée, dans ce cas, à prélever la franchise et la participation (quote-part de 10 %)? La réponse est affirmative. La Loi fédérale précise que, en cas d'accident, l'assurance prend en charge « les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie ». Les dispositions relatives à la franchise et à la participation ne font, par ailleurs, aucune exception pour le risque « accident. ». La franchise et la participation doivent donc être payées.

En revanche, si, pour l'ensemble des traitements dispensés, Madame W. a déjà couvert l'équivalent de la franchise (fr. 1200.-) et la quote-part (fr. 600.-), elle ne devra plus rien payer pour l'année en cours. En d'autres termes, si Madame W. tombait malade, et devait recevoir des soins, ces derniers seraient intégralement remboursés. On peut préciser, à Madame W., que c'est la date du traitement qui est déterminante pour le calcul de la participation globale annuelle (franchise et quote-part).

Madame W. peut-elle faire des démarches pour améliorer sa couverture? En ce qui concerne le cas actuel, certainement pas, puisque le risque s'est réalisé. En revanche, elle peut se poser la question de conclure une assurance « accident » spécifique pour l'avenir. Une telle couverture assurerait le remboursement intégral des frais (sans participation) et des prestations à long terme en cas d'invalidité (sous forme de rente, notamment). Si elle décide de maintenir la couverture de l'accident dans l'assurance-maladie, Madame W. peut, éventuellement, se poser la question de réduire le montant de la franchise (le cas échéant, jusqu'à fr. 230.-, minimum légal depuis le 1er janvier 1998). Madame W. devra, alors, respecter le délai de résiliation prévu pour les franchises à option. Par ailleurs, elle devra s'acquitter, par la suite, d'une prime mensuelle plus élevée, puisque le risque de l'assurance augmente. Enfin, elle doit être attentive au fait qu'elle ne touchera jamais une rente de l'assurance-maladie. Seule l'assurance-invalidité interviendra.

Quand bébé se casse une dent

La question **Madame V. aimerait connaître ses droits envers l'assurance-maladie, en ce qui concerne son fils David. Un dimanche de janvier, ce dernier est tombé dans le préau de l'école, où il jouait avec des camarades. Il s'est ouvert un genou et cassé une dent. Madame V. a fait parvenir les différentes factures à la caisse-maladie : frais de traitement ambulatoire (pour la suture d'une plaie) et honoraires du médecin-dentiste. La caisse-maladie a informé Madame V. que seuls les traitements médicaux seraient remboursés. Les frais relatifs aux soins dentaires ne faisant pas partie des prestations à charge des caisses-maladie, aucun remboursement ne pouvait être effectué à ce titre. Madame V. se pose différentes questions : la position de la caisse-maladie est-elle correcte ? Et le canton, ne pourrait-il pas être tenu d'intervenir, puisque l'accident a eu lieu dans le préau d'école ?**

Les interrogations de Madame V. sont fondées, compte tenu de l'endroit où est survenu l'accident de son fils. On doit, cependant, immédiatement écarter l'éventuelle responsabilité du canton. L'accident a eu lieu un dimanche, soit un jour où l'école est, incontestablement, fermée. En pareille circonstance, l'utilisation du préau entraîne la seule responsabilité des personnes concernées. La situation pourrait être différente si l'enfant avait utilisé le préau durant les heures d'ouverture de l'école (à la récréation, par exemple). Un remboursement des frais non couverts par l'assurance-maladie aurait pu être envisagé, à teneur de la législation cantonale. Ce domaine est, en effet, de la compétence exclusive des cantons.
Madame V. doit donc s'adresser à la caisse-maladie. Dans le droit fédéral en vigueur depuis le 1er janvier 1996, l'accident est pris en charge par les caisses-maladie à titre subsidiaire, c'est-à-dire pour les

personnes qui ne sont pas couvertes par l'assurance-accidents (LAA). Ce sont les salariés qui travaillent moins de 12 heures par semaine, les indépendants (s'ils n'ont pas conclu une assurance à titre facultatif) et les personnes sans activité lucrative (mineurs, personnes au foyer, rentiers AVS, par exemple). Cependant, si la caisse-maladie doit couvrir le risque « accident », elle le fait selon les dispositions qui la régissent, et non selon les règles en vigueur dans la LAA. En matière de soins dentaires, cela signifie que la caisse-maladie est tenue de prendre en charge les lésions du système de mastication. Est-ce que cela signifie que les dents cassées sont intégrées dans cette définition ? Pour certains assureurs, sans aucun doute. Pour d'autres, la réponse est plus nuancée. Pour l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), il faut admettre que, selon une interprétation large de la base légale, les lésions dentaires proprement dites devraient, en principe, être couvertes par l'assurance-maladie lorsqu'elles sont causées par un accident. Si telle est bien la pratique, on peut saluer cette extension bienvenue du catalogue des prestations.

Le port d'un corset peut être onéreux

La question

Monsieur P. est assuré auprès d'une caisse-maladie pour la couverture de base. Il a dû subir une intervention chirurgicale, en septembre 1996. Suite à cette intervention, le chirurgien lui a prescrit le port d'un corset pendant 4 semaines. Le prix du corset est de fr. 750.-. Monsieur P. a envoyé la facture à la caisse-maladie. Cette dernière lui a demandé de transmettre la facture à l'assurance-invalidité qui est tenue de rembourser les moyens auxiliaires. L'assurance-invalidité a répondu à Monsieur P. qu'elle n'est pas tenue de rembourser le corset, car l'utilisation de ce dernier est limitée à quatre semaines (et non une année). Monsieur P. étant privé de toute prestation sociale, il doit rembourser intégralement le prix du corset qui a été prescrit. Est-ce bien conforme au droit? Peut-il entreprendre des démarches? Si oui, auprès de quelle assurance?

Monsieur P. ne peut, pratiquement, rien faire, car sa situation échappe à la couverture des deux branches d'assurance concernées. Selon le nouveau droit fédéral, les caisses-maladie doivent prendre en charge les moyens auxiliaires, pour autant qu'ils figurent sur une liste établie par le Département fédéral de l'Intérieur. Ces moyens auxiliaires sont remboursés à concurrence du montant fixé, qui représente soit le prix de vente, soit le prix de location. Le corset prescrit à Monsieur P. n'est pas mentionné sur cette liste. La caisse-maladie peut donc refuser le remboursement de la facture. La situation aurait été différente si Monsieur P. avait disposé d'une couverture complémentaire prévoyant la prise en charge partielle de moyens auxiliaires non intégrés dans l'assurance de base obligatoire. Il convient cependant de relever qu'une telle couverture complémentaire n'est pas offerte par l'ensemble des assureurs-maladie.

Qu'en est-il de l'assurance-invalidité ? Cette autre branche de la sécurité sociale, essentiellement vouée à la réadaptation et à la protection des personnes invalides par le versement des rentes, contient également des dispositions qui lui permettent d'intervenir en matière de soins de santé et de moyens auxiliaires. Cependant, le versement de prestations est assorti de conditions qui sont clairement posées dans différents textes, dont les directives sur lesquelles se fonde l'Office cantonal de l'assurance-invalidité dans sa réponse à Monsieur P. En l'occurrence, c'est la notion de durée (une année) qui est propre à ouvrir un droit au remboursement du corset. Le refus de l'assurance-invalidité est, lui aussi, fondé.

D'autres assurances sociales prévoient la prise en charge de moyens auxiliaires : l'assurance-accidents, l'assurance-vieillesse et survivants, notamment. Les conditions fixées pour le remboursement sont propres à chaque branche. En conclusion, même si le moyen auxiliaire est prescrit par le médecin et s'avère indispensable, il n'existe aucun droit uniforme au remboursement dans le système actuel de la sécurité sociale. La personne concernée doit donc se renseigner auprès de l'assurance appelée à intervenir.

Quand le déplacement en taxi est indispensable

La question

Monsieur T., âgé de 86 ans, a eu un accident, à domicile, qui a occasionné d'importantes lésions au genou. Il est suivi par un médecin et un physiothérapeute. Compte tenu de son âge, et de son domicile, il ne peut se rendre qu'en taxi à ses rendez-vous pour traitements. Il a donc transmis les factures de taxi à la caisse-maladie, qui refuse de les rembourser. Madame T. est très surprise : lorsqu'il travaillait, son mari était assuré contre le risque « accident ». Au moment où il a cessé son activité lucrative pour prendre sa retraite, il a pris soin pris d'inclure l'accident dans sa couverture d'assurance-maladie. Pourquoi donc ne reçoit-il pas les mêmes prestations qu'auparavant ? Le médecin traitant a dûment attesté que son mari devait se déplacer en taxi pour suivre ses traitements. Les retraités seraient-ils moins bien traités que les autres assurés ?

Madame T. soulève une question importante. En Suisse, le fait d'avoir un accident ne donne pas droit à un type de prestations bien précises. Encore faut-il savoir si la personne accidentée exerce une activité lucrative comme salariée. Dans l'affirmative (et si le taux d'activité dépasse 12 heures par semaine), c'est la Loi fédérale sur l'assurance-accidents qui s'applique.

En revanche, si la personne n'exerce pas – ou plus – d'activité lucrative, c'est l'assurance-maladie qui devra couvrir les frais de traitement occasionnés par l'événement accidentel. Cette obligation date du 1er janvier 1996. Auparavant, une telle couverture existait dans les seuls cantons connaissant une législation obligatoire (dont Fribourg et Genève).

Cela ne signifie pas pour autant que les caisses-maladie doivent, en cas d'accident, verser les mêmes prestations que les assureurs-accidents. Elles sont, en effet, tenues de se conformer aux normes de la Loi fédérale qui les régit. En l'occurrence, la LAMal contient bien une disposition relative aux frais de transport. Mais les conditions posées sont restrictives. Tout d'abord, le transport doit être médicalement indiqué. Ensuite, le transporteur doit être admis par le canton et avoir conclu un contrat avec la caisse-maladie. Il s'agit donc, essentiellement, du transport par ambulance. Enfin, même dans cette hypothèse, les frais ne sont remboursés qu'à concurrence de 50 % de la facture, et jusqu'à un montant total de fr. 500.- par année. De surcroît, le patient devra s'acquitter de sa participation, sous forme de franchise et de quote-part (10 %). Dans l'assurance-accidents, les frais seraient intégralement remboursés.
Dans la mesure où les conditions précitées ne sont pas remplies, les transports en taxi ne sont pas à charge des assureurs-maladie. Monsieur T. ne peut donc exiger le remboursement de ses factures. Peut-on soutenir, pour autant, que les retraités sont particulièrement discriminés ? Non, car d'autres personnes sont dans leur situation (étudiants, femmes au foyer, etc.). Mais il est certain que l'on peut déplorer cette particularité du système helvétique, qui accorde de meilleures prestations aux personnes salariées. Car la nécessité de recourir à un taxi pour ses traitements augmente sans aucun doute avec l'âge, donc lorsque la vie professionnelle a pris fin. Et c'est précisément à ce moment-là que l'assureur (maladie) est en droit de refuser sa prestation.

Le port de lunettes : une nécessité onéreuse?

La question **Madame R. est assurée auprès de la même caisse-maladie depuis 11 ans. En raison de la forte augmentation des cotisations, elle a résilié ses assurances complémentaires au 31 décembre 1996. Agée de 48 ans, elle souffre d'une myopie importante qui l'oblige à porter des lunettes et à faire des contrôles réguliers. Elle vient d'apprendre que la Loi fédérale a changé en ce qui concerne le remboursement des verres de lunettes. Elle aimerait donc savoir quel remboursement elle peut exiger de sa caisse-maladie. Est-ce que le fait d'avoir résilié ses assurances complémentaires va lui être préjudiciable?**

Dans l'assurance de base obligatoire, les prestations à charge de tous les assureurs-maladie sont énumérées, sommairement, dans la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Les précisions relatives à ces prestations figurent dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins. C'est cette Ordonnance (et non la Loi fédérale) qui a été modifiée, avec effet au 1er janvier 1998.
Une des modifications apportées par le Département fédéral de l'Intérieur concerne, effectivement, le remboursement des verres de lunettes et verres de contact. Jusqu'au 31 décembre 1997, le remboursement était de 200 francs par an pour les enfants et adolescents jusqu'à 18 ans, sur prescription du médecin. À partir de 18 ans, toujours sur prescription du médecin, les verres de lunettes étaient remboursés à concurrence de 200 francs tous les trois ans.
Depuis l'entrée en vigueur de la modification, le remboursement s'effectue chaque année jusqu'à l'âge de 15 ans seulement. Par la suite, l'intervalle est de 5 ans, le montant du remboursement demeurant inchangé (200 francs). Un assouplissement a été apporté en ce qui concerne l'obligation de consulter un médecin pour obtenir une prescription ouvrant droit à la prestation de l'assureur-maladie.

Jusqu'à l'âge de 15 ans, et après 45 ans, la prescription médicale est nécessaire. En revanche, dans l'intervalle (de 15 à 45 ans), seule la première prescription dot être faite par le médecin. Ensuite, la prescription de l'opticien suffit.

Sous l'angle du montant remboursé par la caisse-maladie, les nouvelles dispositions sont donc moins favorables. En revanche, la révision de l'Ordonnance a introduit deux améliorations. D'une part le remboursement annuel (à concurrence de 200 francs par côté) pour les verres de lunettes, verres de contact ou verres de protection qui doivent être portés après une opération (par exemple glaucome, décollement de la rétine). Le remboursement est également garanti en cas de modifications de la réfraction dues à une maladie (p. ex. la cataracte ou le diabète). La prescription du médecin est indispensable.

D'autre part, la somme remboursée pour des verres de contact est fixée à 300 francs par côté, et tous les 2 ans, pour autant que l'acuité soit améliorée de 2/10 par rapport aux lunettes et dans les seuls cas énumérés de manière détaillée dans l'Ordonnance fédérale. Le montant du remboursement est porté à 700 francs, sans limite dans le temps, pour des affections faisant l'objet d'une liste exhaustive (par exemple défauts de l'iris ou astigmatisme irrégulier). Dans tous ces cas, la prescription du médecin est exigée.

Telles sont donc les obligations des assureurs-maladie et les droits des assurés qui sont au bénéfice de la seule assurance obligatoire (LAMal).

Madame R. va-t-elle être « pénalisée » du fait qu'elle a résilié ses assurances complémentaires ? Il est impossible de répondre à cette question sans savoir quelle assurance Madame R. avait contracté. Certains assureurs proposent, il est vrai, des assurances privées qui complètent les prestations énumérées ci-dessus. Les dispositions réglementaires peuvent, cependant, varier d'un assureur à l'autre. Il convient donc de vérifier le montant des prestations remboursées dans le règlement en sa possession, ou auprès de son assureur, avant d'envisager un changement de lunettes…

Une assurance pour bébé

La question

Madame C. est enceinte de sept mois. Avant la venue de son enfant, elle souhaite régler quelques questions administratives, notamment son affiliation à l'assurance-maladie. Pour différentes raisons, elle souhaiterait affilier son enfant à la caisse-maladie de son époux. En prenant différents renseignements, notamment auprès de ses connaissances, elle a appris que certaines caisses-maladie refusent de payer les frais de séjour du bébé à l'hôpital si ce dernier n'est pas assuré auprès d'elles. Une personne lui a indiqué, cependant, que cette situation avait changé. Elle avait lu cela, récemment, dans la presse, mais n'était pas en mesure de donner plus de précisions. Madame C. aimerait savoir où en est la question, afin de choisir, pour son bébé, une caisse qui lui donne toute garantie d'une couverture intégrale des frais.

La question soulevée par Madame C. permet de mettre en évidence une situation un peu complexe. Pour comprendre la situation actuelle, il convient de différencier deux situations en ce qui concerne le nouveau-né.

La première situation est celle d'un nouveau-né qui nécessite des soins en raison d'une maladie dans les premières heures, voire les premiers jours de vie. Selon la Loi fédérale, l'enfant doit être assuré, à titre individuel. Les parents ne doivent cependant pas nécessairement l'affilier avant la naissance, dans l'assurance de base. La Loi fédérale prévoit un délai de trois mois. Dans ce délai, l'assureur-maladie doit accorder la couverture sans réserve, dès la naissance. La protection est donc intégrale. Si l'affection dont souffre le nouveau-né est une infirmité congénitale, c'est l'assurance-invalidité qui prendra le cas en charge, pour autant que toutes les conditions légales soient remplies.

La deuxième situation est celle d'un nouveau-né en bonne santé. Se pose alors la question de la prise en charge des frais de soins et de séjour à l'hôpital, avec la mère. La nouvelle Loi fédérale ne prévoit pas que les assureurs-maladie doivent couvrir ces frais par l'assurance de la mère. Cette imprécision a permis à certains assureurs de facturer le paiement de ces frais aux parents, dans la mesure où le bébé n'est pas assuré auprès d'eux. Des problèmes surgissent également dans le remboursement des frais lorsque la mère est hospitalisée en division privée ou semi-priée, alors que l'enfant n'a qu'une couverture de base.

Il n'est dès lors pas étonnant que des litiges surgissent entre assureurs et parents. Dans cette situation peu satisfaisante, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) est intervenu auprès des assureurs-maladie pour leur demander de trouver une solution qui exclue le report des frais sur les parents. En bref, l'OFAS pense que la prise en charge des frais relatifs au nouveau-né doit être garantie par l'assurance-maladie (de base) de la mère. Cependant, comme la Loi fédérale est imprécise sur ce point, il appartient aux assureurs de régler cette question, notamment dans le cadre des conventions qu'ils négocient avec les établissements hospitaliers. Pour autant que les assureurs suivent l'avis de l'OFAS, on peut donc dire que les parents ne devraient plus recevoir de facture séparée pour le séjour de l'enfant à l'hôpital.

On peut conseiller à Madame C. de prendre contact avec sa propre caisse-maladie, avant d'opérer définitivement son choix.

Grossesse et contrôles : quel remboursement?

La question **Madame B. est enceinte de sept mois. Elle consulte régulièrement son gynécologue et envoie au fur et à mesure, à sa caisse-maladie, les notes d'honoraires relatives aux différents contrôles et examens effectués. Or, elle vient de recevoir un décompte de sa caisse-maladie indiquant qu'une partie des frais est à sa charge. Elle avait pourtant entendu dire que les examens relatifs à la grossesse étaient totalement remboursés. Si tel est le cas, peut-elle intervenir auprès de sa caisse pour exiger le remboursement intégral des frais?**

Dans le système de l'assurance-maladie, les assurés sont tenus de participer aux coûts des traitements dispensés, sous la forme d'une franchise (fr. 230.- au minimum, depuis le 1er janvier 1998), et d'une participation (10 % des coûts qui dépassent la franchise, jusqu'à un total de fr. 600.- par année). Certaines prestations échappent à cette règle, notamment les prestations en cas de maternité. On a, en effet, admis le principe que ces prestations ne doivent occasionner aucun frais à l'assurée. La caisse-maladie est donc tenue de rembourser intégralement les factures relatives aux contrôles effectués en cours de grossesse et après l'accouchement. Encore faut-il que le type d'examens et leur nombre correspondent aux dispositions de l'Ordonnance fédérale.

Cette dernière, entrée en vigueur le 1er janvier 1996, prévoit le remboursement de sept contrôles lors d'une grossesse normale, et d'un contrôle après l'accouchement (entre la sixième et la dixième semaine). Des examens ou contrôles supplémentaires ne peuvent être remboursés que si la grossesse est dite à risques. Si tel n'est pas le cas, la caisse-maladie remboursera les factures au titre de la maladie. Cela signifie qu'une participation aux coûts sera, alors, demandée.

Madame B. ne nous donne aucune précision relative à son cas. A-t-elle eu plus de contrôles que prévu par l'Ordonnance fédérale ? Plus particulièrement, a-t-elle subi une échographie, voire plusieurs ? Ce point est important, car il a donné lieu à quelques controverses après l'entrée en vigueur de la nouvelle Loi fédérale. Dans un premier temps, l'Ordonnance précisait que seule la grossesse à risque justifiait un tel examen à charge des caisses-maladie. Dans un deuxième temps, l'Administration fédérale est revenue sur sa position et a imposé le remboursement de deux échographies pour toute grossesse (un examen entre la 10e et la 12e semaine, et un autre examen entre la 20e et la 23e semaine de grossesse). Cette modification est entrée en vigueur le 15 mai 1996.
Madame B. ferait bien de demander des explications à sa caisse-maladie. Une partie des examens subis doit, en tout état de cause, être prise en charge au titre de la maternité, sans franchise ni participation. Si certains traitements ont été remboursés sous la rubrique « maladie », Madame B. doit en connaître les raisons précises. On peut conseiller à Madame B. d'attendre la fin de la grossesse et le règlement final du cas de maternité avant de contester, le cas échéant, la position arrêtée par sa caisse-maladie.

Recours au tribunal cantonal : mode d'emploi

La question

Monsieur L. est assuré depuis plus de dix ans auprès de la même caisse-maladie. Il bénéficie d'une couverture pour les soins de base. Il n'a pas d'assurance particulière pour les soins dentaires. L'an dernier, il a souffert de douleurs importantes au niveau des gencives. Son médecin traitant l'a envoyé chez un dentiste, qui a entrepris un traitement dès le mois de février 1996. À fin mai, Monsieur L. a envoyé la note d'honoraires à sa caisse-maladie. Cette dernière répond, au début juin, que le traitement n'est pas à charge des caisses-maladie. Monsieur L. doit donc payer l'intégralité de la facture. Il conteste la position de la caisse, partant du principe que son problème était une maladie. Monsieur L. aimerait savoir comment s'y prendre pour faire reconnaître son droit. Quels seront les frais de procédure?

Chaque loi d'assurance sociale contient des règles particulières. En ce qui concerne l'assurance-maladie, les dispositions légales ont changé au 1er janvier 1996. Mais les principes applicables demeurent inchangés : la procédure doit être simple, rapide et gratuite.

Procédure simple? Oui, en dépit des apparences. La caisse-maladie doit rendre une décision dans laquelle elle justifie sa position, en indiquant à l'assuré qu'il a trente jours pour faire une opposition. Cela signifie que l'assuré doit simplement écrire, à sa caisse-maladie, qu'il s'oppose à la décision, en donnant ses arguments. Nul besoin de recourir à un spécialiste qui utiliserait des termes techniques. L'assuré peut écrire à la main. Il est conseillé d'envoyer cette opposition par pli recommandé (comme preuve de l'envoi, dans les délais).

La caisse-maladie devra, alors, examiner à nouveau sa position, à la lumière des arguments fournis par l'assuré. Si elle persiste dans sa position, elle devra notifier une décision sur opposition. C'est, en

quelque sorte, le ticket d'entrée au tribunal. L'assuré pourra, alors, faire recours dans le délai de trente jours. La caisse-maladie est tenue d'indiquer clairement les voies de recours et le délai à respecter. Cette nouvelle étape de la procédure est, elle aussi, dépourvue de complication. L'assuré peut écrire au tribunal, à la main. Il devra, à nouveau, motiver sa position, en reprenant, par exemple, les arguments qu'il a invoqués dans l'opposition. Il est également conseillé d'envoyer le recours sous pli recommandé.

Procédure gratuite ? Oui, en principe. Les seules exceptions que peuvent appliquer les tribunaux concernent les « recours téméraires ». On vise, ici, le fait que l'assuré introduit un recours, alors que la situation ne pose aucun problème particulier. En facturant des frais de justice, on veut, en quelque sorte, « punir » le recourant d'avoir saisi la justice inutilement.

Monsieur L. peut entamer la procédure souhaitée. D'après les informations fournies, il n'a pas encore reçu de décision formelle. Il doit donc la demander à la caisse-maladie. Le tribunal, désigné par le canton, devra ensuite décider si le traitement dispensé fait partie – ou non – des prestations obligatoirement à charge des caisses-maladie.

On lui a imposé une réserve d'assurance

La question

Madame M. est employée de la Maison R. depuis le 1er octobre 1994. Cette entreprise n'a pas fait d'assurance couvrant le salaire en cas de maladie. Madame M. a donc décidé de s'assurer, à titre personnel, auprès d'une caisse-maladie. Cette assurance a été conclue le 1er mai 1995. Cependant, lors de son entrée dans cette caisse, Madame M. s'est vu imposer une réserve d'assurance (hépatite). Ces réserves sont valables jusqu'au 30 avril 2000. Madame M. n'a pas contesté cette réserve. Elle aimerait toutefois, connaître ses droits. D'une part, elle a entendu dire que la nouvelle Loi fédérale sur l'assurance-maladie avait changé la situation en ce qui concerne la couverture d'assurance. Est-ce exact ? Peut-elle faire lever ces réserves ? D'autre part, elle envisage de mettre fin à son activité lucrative pour passer quelques années au foyer. Quels sont ses droits en ce qui concerne son assurance « perte de salaire » en cas de maladie ? Peut-elle la maintenir. Si oui, à quelles conditions ?

La situation de Madame M. permet de relever une lacune particulièrement importante et choquante de notre système de sécurité sociale. En effet, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie consacre le caractère facultatif de la couverture du salaire en cas de maladie. Sauf disposition contraire d'une convention collective de travail, l'employeur n'est donc pas tenu, en Suisse, de contracter une assurance qui protégera le salarié empêché de travailler, suite à la maladie.
Pour pallier cette lacune, le travailleur doit donc, s'il le souhaite, prendre des dispositions à titre personnel. C'est ce qu'a fait Madame M. Du fait que l'assurance est facultative, au plan fédéral, la caisse-maladie peut mettre des réserves sur la couverture d'assurance.

Seules les maladies existantes (ou qui, ayant existé, sont susceptibles de récidiver) peuvent faire l'objet d'une réserve, pour une durée de 5 ans au maximum. La réserve d'assurance imposée à Madame M. dès le 1er mai 1995 est conforme au droit.
La nouvelle Loi fédérale (LAMal) a-t-elle changé la situation sur ce point ? Hélas, non. Si la couverture des soins de santé est devenue obligatoire, celle du salaire est restée facultative. Cela signifie, concrètement, que la réserve ne peut être levée avant l'échéance fixée (30 avril 2000).
Madame M. peut-elle maintenir son assurance après avoir résilié son contrat de travail ? Madame M. est affiliée à titre individuel. La question du passage d'un contrat collectif dans l'assurance individuelle ne se pose donc pas. En revanche, le maintien d'une couverture du salaire, au-delà de la relation professionnelle pose un problème. En effet, le droit des assurances sociales est régi par le principe d'interdiction de surassurance. Si Madame M. tombe malade, alors qu'elle est au foyer, elle ne pourra faire état d'une perte de salaire effective. L'assurance qu'elle aurait maintenue ne lui ouvrirait aucun droit aux prestations. On peut donc conseiller à Madame M. de prendre contact avec son assurance pour voir, avec cette dernière, quelle somme peut être assurée s'il n'y a pas d'activité professionnelle exercée (fr. 10.- ou fr. 20.- par jour ?). Madame M. pourra, alors, décider, si une telle couverture sociale est pertinente dans son cas.

Quand un assuré malade quitte la Suisse

La question

Madame L. travaille depuis 9 ans auprès de la même entreprise. Elle est tombée malade, il y a six mois, et l'incapacité de travail sera vraisemblablement de longue durée. Originaire d'Italie, Madame A. supporte d'autant plus mal sa maladie que son mari est décédé l'an dernier. Lors d'une consultation, en mai 1996, son médecin traitant a fait un certificat attestant que son état de santé lui permettait de voyager et qu'un séjour dans sa famille serait souhaitable. Madame L. a donc transmis le certificat du médecin à sa caisse-maladie, en précisant qu'elle partirait le 20 juillet jusqu'au 10 août 1996. La caisse a répondu qu'elle ne s'opposait pas à ce déplacement, mais qu'elle ne verserait aucune prestation lors du séjour à l'étranger. Madame L. est choquée : comment la caisse-maladie peut-elle refuser de verser les prestations ? Où est donc le problème ?

Le problème tient à la notion de territorialité. En d'autres termes, l'assurance-maladie est tenue de verser ses prestations sur le seul territoire suisse. Si l'assuré franchit la frontière, la caisse-maladie est déliée de toutes ses obligations. Le certificat médical atteste simplement que l'état de santé permet un déplacement. En tant que tel, il ne crée aucun droit pour l'assuré. Madame L. ne peut donc pas prétendre au versement des indemnités remplaçant son salaire lorsqu'elle séjournera dans sa famille.

Ce système, qui est valable pour les indemnités de maternité, peut être source de problèmes. En effet, les charges que doit assumer la personne, en Suisse, sont inchangées : loyer, impôts, assurances notamment. Par ailleurs, il peut être médicalement indiqué que le patient passe quelque temps dans sa famille, surtout lorsqu'il s'agit de longue maladie, grave de surcroît. Enfin, il est légitime que la jeune

mère souhaite présenter son enfant à sa famille établie l'étranger, durant le congé maternité. Aucun de ces paramètres n'est pris en considération par le système juridique. L'assuré n'aurait donc pas gain de cause devant un tribunal, en dépit du certificat médical dont il est muni. Tout au plus peut-il négocier avec sa caisse-maladie, qui pourra verser une prestation « à bien plaire ».

Qu'en est-il en ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques ? La règle est identique. Le versement des prestations est lié au territoire suisse. Font exception les traitements dispensés en urgence, à l'étranger, ainsi que les soins médicaux et pharmaceutiques pour les frontaliers. Depuis l'entrée en vigueur de la révision de la Loi fédérale, le 1er janvier 1996, les assureurs sont également tenus de prendre en charge les frais d'accouchement à l'étranger lorsque c'est le seul moyen de procurer la nationalité de la mère ou du père, ou lorsque l'enfant serait apatride s'il était né en Suisse.

Pour la personne malade, tout déplacement à l'étranger, soit pour se faire soigner, soit pour y séjourner, représente un risque financier qu'il est peut-être préférable de ne pas courir.

L'assureur lui impose une intervention chirurgicale

La question

Madame G. est entrée, comme ouvrière qualifiée, dans une entreprise de la région en février 1987. Au cours des trois dernières années, elle a subi plusieurs incapacités de travail dues à une affection de la main droite. Elle est actuellement en arrêt maladie, depuis le mois d'août 1997. Le spécialiste qu'elle a consulté, sur demande de son médecin traitant, conseille une intervention chirurgicale. Madame G. s'y oppose. En octobre, la caisse-maladie, qui assure la perte de salaire, a convoqué Madame G. pour une expertise médicale. Elle vient d'informer Madame G. que, selon les résultats de l'expertise, une intervention chirurgicale s'impose. L'assurance invite donc Madame G. à subir cette intervention, faute de quoi l'indemnité journalière sera suspendue. Ma-dame G. est choquée. La caisse-maladie a-t-elle le droit de lui imposer cette intervention? Peut-elle aller jusqu'à suspendre le versement de l'indemnité journalière en cas de refus?

Madame G. bénéficie d'une couverture d'assurance « perte de salaire » auprès d'une caisse-maladie. Selon les renseignements obtenus, son contrat est soumis à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Or, cette loi ne contient aucune disposition qui donne, à l'assuré, l'obligation de se soumettre à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale, sur injonction de la caisse-maladie.

En revanche, il existe un certain nombre de principes généraux qui régissent le droit social et qui s'appliquent, même si les lois ou les règlements des assureurs n'en font pas mention. Selon un de ces principes, l'assuré doit prendre toutes les mesures nécessaires pour diminuer les

conséquences du dommage. En d'autres termes, il doit tout mettre en œuvre pour rétablir sa capacité de gain et ne plus être à charge de l'assurance sociale.

Ce principe suffit-il pour que l'assureur puisse imposer une opération ? Pas tout à fait. Certaines conditions doivent encore être remplies. Tout d'abord, il faut que l'exigence de l'assureur apparaisse comme raisonnable. Ensuite, il faut que le traitement envisagé améliore, de manière importante, la capacité de gain de l'assuré. Enfin, le refus de prestations étant une mesure grave, l'assureur doit respecter certaines formes : mettre l'assuré en demeure d'accepter le traitement, impartir un délai suffisant, indiquer clairement les conséquences d'un refus. En aucun cas, la suspension des indemnités journalières ne peut être faite à titre rétroactif, à savoir avant la date de la lettre envoyée à l'assuré ou avant l'expiration du délai imparti.

Les données fournies par Madame G. ne nous permettent pas d'établir si, en l'espèce, toutes les conditions ont été respectées par l'assurance-maladie. Si tel n'est pas le cas, Madame G. peut attaquer la décision de la caisse. Elle peut le faire, en particulier, si elle pense que l'opération n'aura aucune incidence sur sa capacité de gain. Elle devra, alors, faire opposition dans les 30 jours, puis introduire un recours contre la décision sur opposition dans les 30 jours, également, auprès du Tribunal cantonal compétent. Cependant, avant d'entamer la procédure, Madame G. devra disposer d'un dossier médical étayant sa position contre l'assureur-maladie.

Un congé maternité payé ?

La question **Madame D. travaille dans une entreprise depuis trois ans. Elle est enceinte. Elle sait que son patron a conclu une assurance couvrant le salaire en cas de maladie. Confiante, elle pense que son salaire sera également payé par l'assurance, durant son congé maternité qu'elle imagine de 16 semaines. En discutant avec des collègues à la pause, elle apprend qu'il n'existe aucune assurance-maternité dans l'entreprise. Elle n'aurait donc aucune protection sociale après l'accouchement. À quoi a-t-elle donc droit ?**

Les renseignements qu'a obtenus Madame D. nous permettent d'établir que son employeur a conclu une assurance auprès d'une compagnie privée pour le seul risque « maladie », en excluant la maternité. Il est donc exact d'affirmer que Madame D. ne peut tirer aucun droit d'une assurance sociale pour bénéficier de son salaire dans les semaines qui suivront son accouchement.
Elle pourra, en revanche, exiger le versement de son salaire, par l'employeur, durant un temps limité. Ce droit, elle va le tirer des règles qui régissent les rapports de travail (contenues dans le Code des Obligations). Selon la pratique en vigueur dans nos cantons romands, le salaire lui sera versé pendant deux mois, soit la moitié du congé maternité qu'elle avait imaginé. Si Madame D. pouvait se prévaloir d'une plus grande ancienneté dans son entreprise, elle serait en mesure d'exiger le paiement du salaire sur une plus longue période. Dans sa sixième année d'emploi, par exemple, elle serait rémunérée durant trois mois.
Madame D. peut-elle, de sa propre initiative, conclure une assurance qui couvrirait son congé maternité de 16 semaines ? En principe, elle est évidemment libre de s'adresser à une caisse-maladie ou à un assureur privé. Mais, dans son cas, la démarche serait inutile, car les assurances exigent un délai d'attente (270 jours si c'est une caisse-

maladie). Madame D. ne pourrait pas remplir cette condition, puisqu'elle est enceinte. Elle aurait dû s'affilier avant la grossesse, en payant l'intégralité de la prime (sans participation de l'employeur).
La situation aurait été différente si l'employeur avait choisi d'assurer son personnel auprès d'une caisse-maladie. Dans ce cas, la maternité serait automatiquement couverte. En accouchant en 1996, Madame D. aurait pu bénéficier des nouvelles dispositions de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, qui ont fait passer le congé maternité de 10 à 16 semaines.
Le cas de Madame D. illustre bien les difficultés auxquelles peuvent être confrontées les femmes et mères qui exercent une activité lucrative. Le système est complexe, et les informations ne sont pas toujours transmises, automatiquement et clairement, au moment de l'embauche. Il revient donc à l'intéressée de se renseigner sur ses droits le plus tôt possible, afin de combler la lacune d'assurance éventuelle avant d'être enceinte.

Couvrir la maladie pendant le chômage

La question **Monsieur E., 54 ans, est employé dans une entreprise de la région depuis de nombreuses années. Son employeur a conclu une assurance collective qui garantit la couverture du salaire en cas de maladie. Au cours des dernières années, Monsieur E. a été incapable de travailler, à plusieurs reprises, pour une maladie qui n'est cependant pas grave. Récemment, les employés ont été avertis, par la direction, qu'une restructuration était en cours, compte tenu de la situation économique difficile. Des rumeurs de licenciement circulent. Monsieur E. est très inquiet. Compte tenu de son âge et de ses petits problèmes de santé, ne risque-t-il pas de voir son contrat résilié? Dans la perspective du chômage, il se pose des questions en ce qui concerne la couverture du salaire par l'assurance-maladie. Est-ce qu'il aura le droit de maintenir cette assurance? La caisse-maladie peut-elle mettre des réserves en raison de sa maladie? Quelle démarche devra-t-il faire s'il perd son emploi?**

Les questions que se pose Monsieur E. sont pertinentes. Ses craintes ne sont, en revanche, pas fondées. Si Monsieur E. devait perdre son emploi, la situation se présenterait ainsi :

Au moment où le contrat de travail prendra fin, Monsieur E. ne fera plus partie du contrat collectif de l'entreprise. Il devra donc quitter le cercle des assurés collectifs de l'entreprise pour passer dans l'assurance individuelle. Il est important de souligner que ce passage est un droit absolu de l'assuré, moyennant le respect de certaines conditions, notamment le délai pour informer la caisse du maintien de la couverture d'assurance (3 mois dès le 1er janvier 1996).

La caisse-maladie peut-elle, alors, refuser la couverture pour des raisons de santé ? En aucun cas. Monsieur E. est assuré, sans réserve, dans le contrat collectif. Il sera donc assuré de la même manière à titre individuel. Les maladies qui ont entraîné des arrêts de travail n'ont aucune influence sur le droit existant, pour autant que Monsieur E. maintienne sa couverture sans interruption. En effet, si Monsieur E. met fin à son assurance au moment où il quitte l'entreprise, il prend un grand risque. Car toute entrée ultérieure dans une caisse-maladie sera assortie de réserves pour les maladies existantes. On ne peut donc que recommander chaleureusement à Monsieur E. de ne pas renoncer à la protection sociale existant dans l'entreprise.

Enfin, nous pouvons signaler à Monsieur E. que la caisse-maladie devra lui accorder une couverture d'assurance avec un différé de 30 jours. Pour quelle raison ? Lorsqu'une personne au chômage tombe malade, elle a encore droit aux indemnités de chômage durant 30 jours. On admet, en effet, que l'aptitude au placement n'est pas modifiée en raison d'une courte maladie. Au-delà de 30 jours, les indemnités de chômage ne sont plus versées. C'est alors le régime de l'assurance-maladie qui doit intervenir (si la couverture existe). Il n'y a donc pas d'interruption dans la protection sociale. Cette règle de coordination est importante pour le travailleur qui perd son emploi. Par contre, la prime exigée pour la couverture individuelle sera sensiblement plus élevée que la prime demandée dans le contrat collectif. Et ce dernier point peut poser quelques problèmes financiers aux chômeurs.

Quand le collaborateur malade est licencié

La question **Monsieur F., âgé de 54 ans, a travaillé dans la même entreprise depuis 1983. En octobre 1995, il est tombé malade. Il n'a plus repris le travail. L'assurance-maladie a versé les indemnités journalières dès ce moment-là. Monsieur F. vient de recevoir une lettre de son employeur mettant fin au contrat de travail pour le 30 septembre 1996. Par la même occasion, l'employeur informe Monsieur F. qu'il devra, à cette date, sortir de l'assurance collective (qui couvre la perte de salaire). Monsieur F. est choqué et inquiet. Ainsi, en Suisse, un employeur peut congédier un travailleur malade et mettre fin à l'assurance perte de gain? Et l'assurance-invalidité, dans tout cela?**

Contrairement à une idée encore largement répandue, le travailleur malade n'est pas entièrement protégé contre les licenciements. Monsieur F. en fait la douloureuse expérience. Selon le Code des Obligations, la protection s'étend sur une période limitée, qui ne dépend pas de l'âge du travailleur, mais de son ancienneté dans l'entreprise. Monsieur F. travaille dans le même établissement depuis 13 ans. Il a donc droit à la protection maximale de 180 jours. Ensuite, l'employeur peut mettre fin au contrat de travail, tout en respectant le délai de résiliation (3 mois, en l'occurrence). Toutes les conditions étant respectées, Monsieur F. ne peut faire valoir un droit au maintien du contrat de travail sur une plus longue période.
En quittant l'entreprise, Monsieur F. devra, effectivement, sortir du contrat collectif qui assure le salaire en cas de maladie pour l'ensemble du personnel. Cela ne signifie pas pour autant que Monsieur F. va perdre tous ses droits. En effet, la Loi fédérale d'assurance-maladie lui permet de maintenir son affiliation à titre individuel. Pour cela, il devra donner suite à la lettre que lui enverra la caisse-maladie, en respectant le délai imparti (3 mois, selon la nouvelle Loi fédérale). La

caisse-maladie continuera, alors, à lui verser son indemnité journalière, en déduisant la cotisation due. On peut d'ores et déjà indiquer à Monsieur F. que la prime individuelle sera plus élevée que dans le contrat collectif. Mais l'indemnité journalière sera payée durant 720 jours. Si la caisse-maladie omet de lui transmettre les documents nécessaires, elle en sera responsable, et Monsieur F. sera maintenu dans l'assurance collective.

Et l'assurance-invalidité, dans tout cela ? Elle n'interviendra qu'au terme d'une longue maladie, c'est-à-dire une maladie entraînant une incapacité de gain (40 % au moins) sur une année. Pour Monsieur F., les conditions ne sont pas encore remplies. Il peut, cependant, adresser dès maintenant une demande à l'assurance-invalidité. La réponse ne sera transmise qu'au terme d'un délai durant lequel l'administration devra examiner l'ensemble des conditions posées pour le versement d'une rente. Dans les conditions actuelles, le délai d'attente peut être de plusieurs mois. Au cours de cette période, l'assurance-maladie continuera à verser ses prestations, de telle manière que Monsieur F. ne subira pas de perte économique.

Elle est enceinte, et elle n'a rien dit à son employeur

La question

Madame V., âgée de 28 ans, est entrée dans l'entreprise X. le 1er septembre 1997. Au début octobre, elle a reçu, du médecin, la confirmation qu'elle était enceinte. Heureuse de cette nouvelle (qu'elle espérait), Madame V. se pose néanmoins des questions en ce qui concerne son travail. Peut-elle être pénalisée du fait qu'elle n'a pas déclaré son désir d'avoir un enfant (voire sa probable grossesse) lors de l'entretien d'embauche ? Si elle peut conserver son emploi (ce qu'elle espère de tout cœur), aura-t-elle droit à un congé maternité ?

Madame V. pose deux questions de nature différente : l'une rattachée au droit du travail, et l'autre rattachée au droit des assurances sociales.

En ce qui concerne le droit du travail : Madame V. n'était pas tenue de déclarer, lors de l'entretien d'embauche, qu'elle souhaitait un enfant, voire qu'elle était peut-être enceinte. On admet, en effet, que cette information est rattachée à la sphère privée de la travailleuse. L'employeur n'est donc pas légitimé à poser une question et à obtenir une information à cet égard. Ce principe est, cependant, assorti d'une exception. Si l'activité ne peut être exercée par une femme enceinte (p. ex. une activité nocive à la grossesse, ou la profession de mannequin), le droit de l'employeur à recevoir une information est reconnu. Selon les informations reçues, Madame V. occupe un poste de secrétaire dans l'entreprise X. Elle n'était donc pas contrainte de donner de plus amples informations lors de l'entretien d'embauche.

On peut, dès lors, affirmer que Madame V. ne peut être « pénalisée » par son employeur. En fait, selon le Code des Obligations, qui s'applique en l'occurrence, l'employeur ne peut licencier une femme au cours de la grossesse et durant les 16 semaines qui suivent l'accouchement.

Cette règle est, cependant, applicable après le temps d'essai qui est, en principe, d'un mois (voire de trois mois, au maximum, selon le contrat de travail). Si Madame V. est soumise au régime normal du temps d'essai (un mois), elle est donc totalement protégée contre le licenciement.

Est-ce que cela signifie que Madame V. bénéficiera d'un congé maternité ? Il s'agit là d'une question différente, rattachée au droit des assurances sociales. Si l'employeur a conclu une assurance collective pour son personnel, couvrant la perte de salaire en cas de maladie et de maternité, alors Madame V. bénéficiera d'un congé maternité. Si le contrat est fait sur la base de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), le congé sera de 16 semaines (dont 8 semaines au moins après l'accouchement). Cependant, Madame V. devra encore être attentive au fait que le congé maternité peut être assorti d'un délai d'attente (selon la LAMal de 270 jours). En d'autres termes, si le contrat stipule une période d'assurance minimale pour toucher l'indemnité de maternité, Madame V. aura un problème si elle ne remplit pas cette condition au moment de l'accouchement. Dans ce cas, et bien qu'assurée, Madame V. ne pourra prétendre à la couverture de son salaire, par l'assurance, durant le congé maternité.

L'employeur devra, alors, prendre le relais, en versant le salaire durant une période limitée. Pour Madame V., cette période s'étendra à trois semaines, puisqu'elle sera toujours dans sa première année d'emploi.

Cette protection étant très limitée, Madame V. pourrait-elle conclure une assurance personnelle qui l'indemnise durant 4 mois ? En l'occurrence, on peut indiquer à Madame V. que c'est trop tard pour songer à une telle éventualité. En effet, quelle que soit l'assurance qui l'accepte, le délai d'attente imposé sera trop long pour que Madame V. puisse bénéficier d'une indemnité journalière après l'accouchement.

En conclusion, Madame V. doit se renseigner pour savoir si l'employeur a conclu une assurance pour son personnel et si le délai d'attente prévu lui permet de bénéficier des prestations de l'assurance. À défaut, elle devra s'attendre à une protection salariale restreinte après la naissance de son enfant…

Retraité, travailleur et assuré?

La question **Monsieur V., indépendant, a été assuré durant plus de 15 ans auprès de la même caisse-maladie pour la couverture des soins médico-pharmaceutiques et pour celle du salaire en cas de maladie et d'accidents. Monsieur V. a subi une incapacité totale de travail, du 18 juin au 22 septembre 1996. Le 23 septembre 1996, il a repris son activité à 50 %. La caisse-maladie lui verse une indemnité journalière pour l'incapacité à 50 %. Monsieur V. a fêté ses 65 ans le 18 octobre 1996. Lors d'un récent entretien téléphonique avec sa caisse-maladie, il a appris qu'il n'avait plus droit aux indemnités journalières assurées, étant donné qu'il avait atteint l'âge AVS. Surpris, il a lu très attentivement le règlement de la caisse et a, effectivement, découvert que la couverture d'assurance cessait automatiquement à 65 ans. Monsieur V. est surpris et inquiet. Il doit poursuivre son activité pour des raisons économiques, et son état de santé ne lui permet pas, pour le moment, d'exercer cette activité à temps plein. Est-il vrai qu'il ne peut plus avoir d'assurance? Et le manque à gagner dû à son incapacité de travail, doit-il l'assumer entièrement? Monsieur V. aimerait bien utiliser tous les moyens de droit à sa disposition pour maintenir son assurance et son droit aux prestations.**

Malheureusement pour Monsieur V., les moyens à sa disposition sont pratiquement inexistants. La Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit que l'assurance d'indemnité journalière peut être conclue par toute personne domiciliée en Suisse, âgée de plus de quinze ans, mais qui n'a pas atteint l'âge de 65 ans. Le système légal en vigueur limite donc la possibilité de s'assurer à la période

considérée comme la vie professionnellement active de toute personne. En précisant ce principe dans son règlement interne, la caisse-maladie ne viole donc pas la Loi fédérale. Monsieur V. doit, effectivement, assumer les conséquences économiques de son incapacité de travail partiel.
Jusqu'au 31 décembre 1995, la Loi fédérale en vigueur prévoyait que les caisses-maladie devaient assurer le moment minimal de fr. 2.- par jour. Ce montant était également celui que les caisses accordaient aux personnes ayant atteint l'âge AVS. Le Tribunal fédéral des assurances a, de manière constante, considéré que cette pratique était conforme au droit. La nouvelle Loi fédérale est, elle, plus précise encore, puisqu'elle mentionne l'âge AVS comme limite supérieure du droit à l'assurance.
Dans certains contrats collectifs couvrant la perte du salaire en cas de maladie, il est possible de trouver des dispositions accordant une couverture aux personnes en âge AVS qui poursuivent une activité lucrative. En pareille hypothèse, la couverture de salaire est généralement limitée dans le temps (p. ex. 90 jours). Il s'agit, cependant, de dispositions négociées entre l'employeur (preneur d'assurance) et l'assureur, afin de répondre aux besoins des travailleurs de l'entreprise en question. Dans l'assurance individuelle, cette possibilité n'est pas donnée à l'assuré. Monsieur V. ne peut donc invoquer un droit tiré de la Loi fédérale pour obtenir, par le juge, le maintien de sa couverture d'assurance et, partant, le versement des indemnités journalières.

Primes arriérées, droit contesté

La question **Monsieur V., indépendant, est assuré depuis de nombreuses années auprès de la même caisse pour la couverture de son salaire en cas de maladie. Il s'est régulièrement acquitté de ses primes jusqu'en avril 1996. Le 26 juin, il a dû interrompre son activité pour cause de maladie. Son médecin traitant a signé un certificat d'incapacité totale de travail dès cette date, pour une durée indéterminée. Monsieur V. a transmis le certificat à la caisse-maladie, en demandant le versement de l'indemnité journalière assurée. Dans la lettre d'accompagnement, il explique que le retard dans le paiement des primes est dû à des difficultés financières passagères. Il demande à la caisse de déduire le montant des primes du montant des indemnités journalières dues.**

La caisse-maladie lui répond qu'elle refuse de verser l'indemnité journalière pour toute la période au cours de laquelle les cotisations n'ont pas été payées. Elle précise, en se fondant sur son règlement interne, que même le versement des primes arriérées n'ouvrira aucun droit aux prestations rétroactives. En revanche, dès la date du paiement, et si les cotisations sont acquittées pour le mois en cours, les indemnités seront payées. Monsieur V. ne comprend pas la position de la caisse. Il n'est pourtant pas responsable du retard dans le paiement des primes. Est-ce bien conforme au droit ?

La réponse est simple : la position de la caisse-maladie est correcte. Les arguments de Monsieur V. ne peuvent être retenus. Pourquoi ?

L'assurance perte de gain en cas de maladie est facultative en Suisse. Les principes qui la régissent se trouvent dans la Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Les assureurs sont autorisés à adopter des règlements internes précisant les conditions auxquelles les prestations seront versées (p. ex. l'obligation d'annoncer le cas dans un certain

délai). Les assureurs ont également le droit de prévoir que les indemnités ne seront pas versées pour toute la période où les cotisations n'ont pas été payées régulièrement. Pour quelles raisons? Le Tribunal fédéra des assurances, qui s'est penché sur cette question, a rappelé les principes suivants. Lorsque la maladie survient dans une période où les cotisations ne sont pas versées, la couverture d'assurance n'existe pas. Le droit aux prestations n'est donc pas donné. Si l'on admettait que la caisse devait déduire automatiquement les cotisations des indemnités versées, on favoriserait les personnes malades. En effet, la couverture d'assurance serait alors maintenue par la seule compensation. Les personnes en bonne santé devraient, elles, continuer à payer les cotisations pour rester assurées. Le Tribunal fédéral des assurances considère qu'une telle pratique porterait atteinte à l'égalité de traitement entre assurés.

Quant aux raisons du retard, elles importent peu. Par exemple, le fait que l'assuré ne puisse s'acquitter des cotisations parce qu'il ne touche pas les indemnités journalières n'est pas un argument pertinent. Toute personne assurée a donc intérêt à payer régulièrement ses primes si elle veut bénéficier des prestations intégrales lorsque survient la maladie. Le contexte économique actuel n'atténue donc pas la rigueur de ce principe.

Assureur-maladie contre assureur-accidents

La question

Le 21 septembre 1997, Madame N. a été victime d'un accident de voiture qui a entraîné une blessure importante au bras droit. Après une hospitalisation de dix jours, elle a dû subir des traitements ambulatoires. Elle a pu reprendre le travail à 50 % dès le 27 octobre. L'assureur-accidents de son employeur a pris le cas en charge jusqu'au 31 décembre 1997. Dès cette date, affirme l'assureur, l'incapacité de travail et l'atteinte à la santé ne peuvent plus être mises en relation avec l'accident du 21 septembre 1997. Il appartient donc à l'assurance-maladie de couvrir la perte de salaire et les frais de traitement éventuels. Or, la caisse-maladie n'admet pas la position de l'assurance-accidents. Elle a informé Madame N. qu'elle va faire recours. Madame N. est surprise. Une caisse peut-elle aller au tribunal, même si l'assuré ne souhaite pas faire recours? Par ailleurs, Madame N. a des raisons d'être inquiète : son employeur songe à la licencier. Est-ce possible, alors qu'elle est partiellement en arrêt de travail? Dans l'affirmative, va-t-elle perdre tous ses droits envers les assurances?

La position de la caisse-maladie est parfaitement conforme au droit. En effet, un assureur-maladie peut recourir contre la décision de refus de prestations émanant d'une autre assurance (assurance-invalidité, assurance-accidents, notamment). Cette règle est prévue afin de garantir une répartition correcte des charges entre assurances sociales. Il serait injuste, par exemple, que l'assurance-maladie soit appelée à couvrir des frais de traitements relatifs à une infirmité congénitale, alors que cette affection doit être prise en charge par l'assurance-invalidité. On peut donc dire que les intérêts de l'assureur ont, dans le système légal, autant de poids et de valeur que les intérêts personnels

de l'assuré. La caisse-maladie de Madame N. peut agir. Elle doit, ce faisant, respecter la procédure prévue : opposition dans les 30 jours dès la notification de la décision, puis recours contre la décision sur opposition rendue par l'assureur-accidents. Pendant la durée de la procédure, et si les prestations sont versées sur la base du droit social (LAMal), la caisse va faire l'avance des prestations, pour autant que toutes les conditions soient remplies (notamment une incapacité de travail dûment établie). Madame N. ne subira donc aucun préjudice économique.

Qu'en est-il du licenciement? Le droit suisse prévoit, notamment, une protection des travailleurs malades ou accidentés. Mais cette protection est limitée : 30 jours durant la première année de service, 90 jours de la deuxième à la cinquième année, 180 jours dès la sixième année. Passé ce délai de protection, l'employeur peut résilier le contrat de travail, en prenant en considération le délai ordinaire de résiliation.

Si cette hypothèse devait se réaliser, Madame N. perdrait-elle ses droits envers les assurances? Il faut distinguer deux hypothèses.

Si la capacité de travail est rétablie au moment du licenciement, et si Madame N. s'annonce au chômage, la couverture de l'accident sera garantie, automatiquement. L'assurance perte de gain en cas de maladie sera accordée, pour autant que Madame N. déclare vouloir maintenir la couverture accordée dans le cadre de l'entreprise.

Si Madame N. est encore partiellement incapable de travailler au moment du licenciement, elle continuera à percevoir les indemnités de l'assurance-maladie et pourra assurer l'indemnité de chômage perçue en fonction de sa capacité partielle de travail.

S'annoncer à l'assurance-invalidité : une obligation

La question

Monsieur M. a travaillé en qualité de chauffeur-livreur. Le 19 juin 1995, son médecin traitant l'a mis en arrêt de travail en raison de problèmes articulaires, qui se sont aggravés depuis ce moment-là. L'employeur ayant assuré son personnel auprès d'une caisse-maladie, Monsieur M. a touché régulièrement les indemnités journalières de l'assurance. En février 1996, l'employeur a résilié le contrat de travail pour fin mai. Depuis le 1er juin, Monsieur M. est assuré à titre individuel auprès de la même caisse-maladie. Il reçoit toujours les indemnités journalières assurées. La caisse-maladie vient cependant de lui écrire, pour l'informer qu'il doit s'annoncer à l'assurance-invalidité, car le droit à la rente AI lui sera certainement reconnu. L'assureur précise, en outre, qu'il peut suspendre le versement de l'indemnité journalière si Monsieur M. refuse de faire les démarches nécessaires auprès de l'assurance-invalidité. Monsieur M. est surpris : comment l'assureur-maladie peut-il le contraindre à demander des prestations à un autre assureur? De plus, que se passera-t-il si l'assurance-invalidité verse une rente? Touchera-t-il les 720 indemnités auxquelles il a droit?

La position de la caisse-maladie est conforme au droit. En effet, après une année de maladie (entraînant une incapacité de travail à 40 % au moins), l'assuré peut faire valoir un droit à la rente de l'assurance-invalidité. Cette demande étant personnelle, lui seul peut l'introduire.

L'assurance-invalidité examinera, ensuite, si toutes les conditions sont remplies et fixera le montant de la rente.

Pourquoi peut-on contraindre un assuré malade à s'annoncer à l'assurance-invalidité ? En raison de la répartition des charges entre les assureurs. Dans notre système social, il n'apparaît pas admissible que la caisse-maladie continue à verser l'indemnité journalière pleine et entière, alors que l'assurance-invalidité devrait, dans la même période, verser sa rente. Certes, la sanction annoncée à Monsieur V., en cas de refus, est sévère : la suppression pure et simple de l'indemnité journalière. Cependant, si la caisse-maladie peut se fonder sur un règlement interne clair, et si la lettre à l'assuré indique la sanction de manière précise, en impartissant un délai raisonnable, on peut considérer que la procédure est conforme au droit. Sur ce point, Monsieur V. n'aurait pas gain de cause au tribunal.

Que se passera-t-il si l'assurance-invalidité verse une rente ? La caisse-maladie continuera à payer les indemnités. Mais elle devra respecter un grand principe du droit social qui veut que l'assuré ne peut pas faire un gain d'assurance. En d'autres termes, il ne peut gagner plus en étant malade que lorsqu'il travaillait. Donc, si le total de la rente et de l'indemnité dépasse le revenu antérieur, la caisse-maladie réduira le montant de l'indemnité versée, mais le droit sera prolongé dans le temps (au-delà de 720 jours). Monsieur V., comme tous les assurés dans cette situation, bénéficiera donc d'une couverture du salaire antérieur sur une longue période, même si l'assurance-invalidité lui reconnaît le droit à la rente. Il a donc tout intérêt à entamer la démarche indiquée par la caisse-maladie.

ASSURANCE-ACCIDENTS

Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) du 23 juin 1981 (entrée en vigueur le 1er janvier 1984)

La Loi fédérale couvre, à titre obligatoire, tous les travailleurs salariés contre les accidents professionnels et les maladies professionnelles. Les accidents non professionnels sont également couverts, pour autant que la personne assurée travaille plus de 12 heures par semaine. Lorsque cette condition n'est pas remplie, l'accident non professionnel est couvert par l'assurance-maladie (soins médicaux et pharmaceutiques).

La couverture accordée par cette branche d'assurance est exhaustive : même les travailleurs « au noir » sont protégés.

Les indépendants peuvent adhérer à l'assurance-accidents (assurance facultative).

Pour que l'assurance-accidents soit tenue d'intervenir, il faut qu'un certain nombre de conditions soient remplies. Ainsi, l'atteinte à la santé doit être soudaine et involontaire. Elle doit, de surcroît, résulter d'une cause extérieure extraordinaire. Ce dernier critère est important en ce qui concerne les lésions dentaires.

Enfin, il doit exister un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Lorsque ce lien n'est plus établi, la responsabilité de l'assureur-accidents cesse, et le cas doit être transmis à l'assurance-maladie.

Certaines affections sont reconnues comme des accidents, bien qu'elles ne remplissent pas toutes les conditions posées par la LAA. Ce sont, par exemple, les déchirures du ménisque.

Par ailleurs, la LAA couvre également les maladies professionnelles, à savoir des affections qui sont dues à des substances nocives ou à l'exercice de certains travaux dans le cadre de l'activité professionnelle.

L'assurance-accidents offre une gamme étendue de prestations : soins médicaux et pharmaceutiques, indemnités journalières, moyens auxiliaires, mesures de réadaptation, allocation pour impotent, indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Au registre des rentes, la LAA prévoit des rentes d'invalidité et des rentes de survivants.

Les rentes d'invalidité sont versées pour une invalidité inférieure à 10 % déjà. Il existe donc une différence importante avec l'assurance-invalidité qui ne reconnaît un tel droit qu'à partir de 40 % d'invalidité.

Les rentes de survivants sont versées aux veuves et aux veufs. Pour ces derniers, cependant, les critères fixés sont plus restrictifs. Ce système a été repris, dans l'AVS, par l'introduction de la 10e révision (1er janvier 1997).

Les prestations en espèces, versées en cas d'accident non professionnel, peuvent être réduites si l'assuré a commis une faute grave.

Lorsqu'un accident implique un tiers responsable, l'assureur-accidents est tenu de prendre le cas en charge. Il dispose, ensuite, d'un droit de recours contre le responsable. L'assuré jouit du même droit pour tous les frais non couverts, le cas échéant, par l'assureur-accidents.

Pour aller plus loin :

a) grand public

Guide CNA de l'assurance contre les accidents
La brochure peut être obtenue auprès de la CNA)

L'assurance-accidents des chômeurs de A à Z. Suva-Risk – couverture à toute épreuve. Guise Suva en matière d'assurance-accidents.
Renseignements et commande : tél. 0848 820 820.

b) personnes intéressées, professionnels

André Ghelew, Olivier Ramelet, Jean-Baptiste Ritter : Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), Éd . Réalités sociales, Lausanne, 1992.

Travail au noir : protection garantie?

La question **Madame V, assistante sociale, rencontre des problèmes nombreux et variés dans sa fonction au sein d'un service social communal. À plusieurs reprises, elle a dû s'occuper de travailleurs « au noir » et elle reconnaît ne pas être très au clair quant aux droits de ces derniers dans les régimes de sécurité sociale. Elle a entendu dire, récemment, qu'un travailleur qui n'a jamais versé de cotisations aux assurances sociales, est néanmoins couvert en cas d'accident. Est-ce bien exact? Si oui, pourquoi une telle protection n'existe pas dans l'assurance-chômage? Ces différences sont-elles justifiées?**

Les questions que se pose Madame V. sont pertinentes. Il est indéniable que le statut des ressortissants étrangers, et les droits sociaux qui y sont rattachés, forment un ensemble parfois complexe. Si on se limite aux deux questions posées, cependant, les réponses sont claires.

Le régime de l'assurance-accidents (LAA), en vigueur depuis le 1er janvier 1984, prévoit une protection intégrale de tous les travailleurs salariés. En d'autres termes, même si l'employeur a « omis » d'assurer ses employés, cette négligence n'aura aucune conséquence négative pour ces derniers. La Loi fédérale institue une caisse supplétive qui est chargée d'intervenir, aux conditions précisées dans le texte légal. Pour autant que toutes les caractéristiques de l'accident soient établies, les prestations octroyées par la Caisse supplétive ne seront pas différentes de celles versées par l'assureur-accidents auquel aurait dû s'adresser l'employeur. Le travailleur est donc bien couvert. L'employeur, lui, sera appelé à payer le prix de son omission! Selon la Loi fédérale, il devra verser des primes spéciales. Le montant sera arrêté en fonction de la gravité du cas (par

exemple : récidive de la part de l'employeur). Cet aspect ne saurait être contesté, sous l'angle de l'équité.

La situation est totalement différente dans l'assurance-chômage. Cette branche de la sécurité sociale est destinée, parallèlement à l'indemnisation de la perte de salaire, à financer les mesures tendant à la réinsertion sur le marché de l'emploi. Des conditions d'accès au régime sont posées. Selon la nouvelle Loi fédérale (LACI), entrée en vigueur le 1er janvier 1997 pour cette partie, le droit aux prestations est ouvert si des cotisations ont été versées pendant 6 mois au cours des deux dernières années (délai-cadre). Cette obligation est levée pour certaines personnes (notamment les personnes divorcées ou veuves). D'autre part, certaines circonstances (service militaire, par exemple) sont assimilées à des périodes de cotisations. Le travail « au noir », effectué par des personnes non assurées, ne fait — évidemment — pas partie de ces exceptions. Par ailleurs, pour pouvoir bénéficier des prestations d'assurance, le chômeur doit être en droit et en mesure de travailler. Dès lors, s'il ne peut justifier d'une autorisation de travailler en Suisse, le régime de l'assurance-chômage ne sera pas tenu d'indemniser la perte de salaire subie.

Dans la mesure où chacun des régimes vise un objectif différent, on ne saurait parler de différences injustifiées et insoutenables. Mais force est de constater que la connaissance de tous ces éléments n'est pas aisée pour la personne engagée dans la pratique.

Elle a été victime d'un accident non professionnel

La question **Le 28 janvier 1996, Madame V. a eu un grave accident de la circulation, qui l'a obligée à séjourner à l'hôpital pendant plus de 8 semaines. Au sortir de l'hôpital, le médecin établit un certificat d'incapacité total de travail, à l'intention de son employeur (une entreprise spécialisée dans les travaux de nettoyage de bureaux). Le 10 avril 1996, Madame V. reçoit une lettre de son employeur l'avertissant que son droit au salaire a pris fin le 31 mars 1996. Inquiète, Madame V. téléphone à l'employeur qui l'informe, alors, qu'elle n'était pas couverte pour l'accident non professionnel. N'aurait-elle donc plus aucun droit au salaire?**

Les inquiétudes de Madame V. sont, malheureusement, fondées. À partir du mois d'avril, en effet, elle ne peut plus faire valoir son droit au salaire, et sa période d'incapacité de travail ne sera pas indemnisée. Pourquoi? L'assurance-accidents n'est-elle pas, avec l'assurance-maladie, la plus ancienne forme de protection des travailleurs?

Certes, mais Madame V. ne remplit pas toutes les conditions, car elle exerce une activité lucrative à temps partiel. Selon les renseignements obtenus, elle travaille moins de 12 heures par semaine. Cela signifie qu'elle n'est donc pas couverte pour les accidents qui se produisent en dehors de l'entreprise ou du chemin séparant son domicile de l'entreprise. Sont donc exclus, notamment, les accidents domestiques, les accidents de sport ou de la circulation.

Alors, qui va payer? Pour les soins (hospitalisation, traitements chez le médecin, le physiothérapeute et les médicaments), la question est simple : la caisse-maladie est tenue de prendre les frais en charge, selon le catalogue des prestations et les tarifs de l'assurance-maladie. C'est une amélioration qu'a apportée la nouvelle Loi fédérale, depuis le 1er janvier 1996, sur tout le territoire suisse.

En revanche, pour la couverture du salaire, la situation est plus délicate. L'assurance-maladie n'est pas obligée de couvrir automatiquement les conséquences de l'accident. L'employeur de Madame V. a, certes, fait un contrat couvrant la perte de salaire, mais ce contrat couvre la maladie, exclusivement. Par conséquent, si Madame V. n'a fait aucune démarche personnelle pour conclure une assurance lui garantissant le versement du salaire en cas d'accident, elle échappe à la protection de notre système de sécurité sociale. Il lui reste, alors, le droit au versement de son salaire directement par l'employeur. Ce droit est limité dans le temps, et il dépend de l'ancienneté dans l'entreprise. Ainsi, deux mois de salaire correspondent à une ancienneté de 3 ans dans l'entreprise, ce qui est le cas de Madame V.

Les conséquences de l'accident pouvant être graves et de longue durée, la perte économique peut être importante pour la personne concernée. Madame V. en fait la douloureuse expérience, sans pouvoir s'assurer pour le cas en cours. En effet, aucune assurance n'acceptera, maintenant, de couvrir le salaire perdu suite à un accident non assuré. En signant un contrat de travail portant sur une durée inférieure à 12 heures par semaine, le travailleur doit donc réaliser qu'une partie de la protection sociale ne lui est pas garantie et qu'il lui appartient de combler cette lacune.

Produits de nettoyage et maladie professionnelle

La question

Madame W. travaille depuis deux ans dans une entreprise, où elle effectue des travaux de nettoyage, trois heures par jour. Au cours des derniers mois, elle a développé un eczéma qui l'a obligée à consulter un médecin. Elle est actuellement en traitement, mais elle n'a pas interrompu son activité professionnelle. Elle a envoyé ses factures à sa caisse-maladie. Cette dernière vient de renvoyer les factures en priant Madame W. de bien vouloir les transmettre à l'assurance-accidents. Selon l'assureur-maladie, l'eczéma est vraisemblablement d'origine professionnelle, en raison des produits de nettoyage que Madame W. utilise dans le cadre de son travail. Madame W. aimerait savoir si la position de la caisse-maladie est correcte et si une prise en charge par l'assurance-accidents était possible.

La position de la caisse-maladie peut être correcte dans son principe. Mais cela mérite quelques explications détaillées.

L'assurance-accidents (LAA) protège, en Suisse, les travailleurs salariés contre le risque « accidents » (professionnels et, à certaines conditions, non professionnels). La LAA couvre également les maladies professionnelles, c'est-à-dire des affections qui sont dues à des substances nocives ou à l'exercice de certains travaux dans le cadre de l'activité professionnelle. Une liste détaillée de ces substances, affections et travaux figure en annexe à l'Ordonnance fédérale.

Nous ne savons pas, d'après les indications données par Madame W., si le produit incriminé, utilisé dans son travail, figure sur la liste. Mais, à supposer que cela soit le cas, nous ne pourrions pas encore conclure que Madame W. souffre d'une maladie professionnelle à charge de l'assureur-accidents. Les normes fédérales posent des conditions restrictives. Ainsi, l'eczéma de Madame W. ne serait reconnu

« maladie professionnelle » que s'il était dû, à plus de 50 %, à l'exercice de son travail. Le lien de causalité adéquate entre le travail et la maladie doit donc être prouvé. Cette causalité est, de surcroît, qualifiée, puisqu'on exige un certain pourcentage. Si cette preuve ne peut être apportée, la responsabilité de l'assurance-accidents est écartée. Il s'agit, alors, d'une simple maladie à charge de la caisse-maladie à laquelle Madame W. est affiliée.

C'est donc le principe de la liste fermée qui a été retenu par le droit suisse. Cependant, pour atténuer la rigueur de ce système, la Loi fédérale prévoit une clause générale qui permet de faire intervenir l'assureur-accidents même si, par exemple, l'atteinte à la santé n'a pas été causée par une substance figurant dans la liste. En pareille hypothèse, cependant, l'exigence de preuve sera plus sévère encore. On demandera, alors, d'établir que l'affection a été causée, à 75 % au moins, par l'exercice de l'activité professionnelle. On le devine : l'avis du médecin-expert est, ici, déterminant.

Enfin, on peut indiquer que l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge les cas d'aggravation d'une maladie antérieure, même si cette dernière s'était manifestée, pour la première fois, auprès d'un autre employeur.

En conclusion, seul l'assureur-accidents pourra clarifier les droits de Madame W. Cette dernière doit donc s'adresser à son employeur pour qu'il entame les démarches nécessaires. Dans l'intervalle, et jusqu'à ce que ses droits soient connus, Madame W. peut demander à sa caisse-maladie de faire l'avance des prestations.

En dégustant un gâteau d'anniversaire

La question **Madame N. a été victime d'un incident qu'elle qualifie d'accident stupide : au cours d'une fête de famille, elle s'est cassé une dent en mangeant un morceau de gâteau. Bien que ne pouvant pas l'établir clairement, Madame N. pense que la fracture a été occasionnée par une des perles qui garnissaient le gâteau. Madame N. a dû recevoir des soins chez le dentiste. Elle a transmis la facture à sa caisse-maladie. Cette dernière a renvoyé la facture à Madame N., en l'informant que de tels frais ne sont pas à charge des caisses-maladie. Qui doit alors payer? Madame N. a entendu dire, dans son entourage, que l'assurance-accidents doit intervenir en pareilles circonstances. Aurait-elle donc une chance d'aboutir, en envoyant son dossier à l'assureur de son employeur?**

La position de la caisse-maladie est correcte : l'événement qui a occasionné la fracture de la dent ne peut être qualifié de maladie. Peut-il être considéré comme étant un accident? Avant d'examiner ce point, il faut rappeler que, pour saisir l'assureur-accidents, Madame N. doit être salariée, occupée à plus de douze heures par semaine. Si tel n'est pas le cas, elle ne peut élever aucune prétention envers l'assurance-accidents ou une autre assurance sociale.
Pour tout un chacun, la notion d'accident est simple : c'est un événement qui nous arrive soudainement. Il est inattendu et involontaire. Ces caractéristiques sont exactes. Mais elles sont incomplètes. Notre système juridique exige que soient remplies d'autres conditions : il doit y avoir atteinte à la santé, et cette atteinte doit être provoquée par une cause extérieure extraordinaire.
Savoir si toutes ces conditions sont remplies n'est pas toujours chose aisée. Le Tribunal fédéral des assurances a rendu un grand nombre

d'arrêts relatifs à la définition de l'accident. Il y a une dizaine d'années, il s'est prononcé sur un cas similaire à celui de Madame N., en précisant que le fait de se casser une dent sur une « perle de décoration » garnissant un gâteau d'anniversaire n'est pas un accident, car il manque le facteur extraordinaire. On peut donc estimer que les chances de Madame N. sont inexistantes dans le cadre de l'assurance-accidents sociale, pour autant que la fameuse perle soit en cause ! Il en irait de même si Madame N. s'était fracturé une dent en mangeant un gâteau aux fruits qu'elle avait confectionné (gâteau aux cerises, p. ex.). Dans de tels cas, les frais des soins dentaires doivent être intégralement supportés par la personne victime d'un événement « non accidentel ». Et ces frais peuvent être très élevés…

On ne peut attendre, de tous les assurés, qu'ils connaissent les subtilités juridiques qui occupent les spécialistes. Mais il faut veiller à ce que leurs droits soient préservés. En cas de doute, il convient donc de signaler sans retard le cas à l'assureur-accidents, en principe par l'intermédiaire de l'employeur. L'assureur devra alors établir s'il s'agit d'un accident donnant droit aux prestations prévues par la loi. Dans la négative, l'assureur rendra une décision. S'il le juge pertinent et fondé, l'assuré pourra, ensuite, entamer la procédure qui l'amènera au tribunal.

Aller jusqu'au Tribunal fédéral des assurances?

La question

Monsieur W. a été victime d'un accident de sport en juin 1996. L'assureur-accidents a totalement indemnisé les conséquences de cet accident, y compris la couverture du salaire durant la période d'incapacité de travail. En juillet 1997, Monsieur W. a dû interrompre à nouveau son activité, en raison de douleurs importantes au genou droit. Convaincu que ce problème était en relation avec l'accident de 1996, il s'est adressé à l'assureur-accidents. Après examen du dossier, ce dernier a conclu que les douleurs dont souffre Monsieur W. ne peuvent pas être mises en relation avec l'accident de juin 1996. Il doit donc s'adresser à sa caisse-maladie. L'assureur-accidents a rendu une décision contre laquelle Monsieur W. vient de faire opposition. Monsieur W. est déterminé à aller « jusqu'au bout » pour faire valoir ses droits. Il craint, cependant, de s'exposer à de grands frais, en particulier s'il doit aller jusqu'au Tribunal fédéral des assurances. Il aimerait donc savoir si toutes ces démarches judiciaires ne vont pas le ruiner…

Monsieur W. peut être rassuré. La défense de ses intérêts dans ce litige ne devrait pas entraîner la « ruine » envisagée.

Pour l'instant, le litige n'est pas définitivement réglé entre Monsieur W. et son assureur. Selon les renseignements obtenus, l'assureur-accidents n'a toujours pas rendu de décision définitive qui s'appelle, selon la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), « décision sur opposition ». Lorsque Monsieur W. recevra ce document, confirmant le refus de prestations, il aura trois mois pour faire recours auprès du tribunal cantonal compétent. La décision sur opposition doit comporter toutes les indications permettant à l'assuré d'introduire le recours dans les délais légaux, et auprès de la juridiction compétente.

La LAA étant rattachée aux assurances sociales, les règles de procédure sont identiques à celles que l'on trouve dans d'autres branches (p. ex. l'assurance-maladie). Ainsi, la procédure doit être simple, rapide et gratuite. Monsieur W. peut donc, sans souci d'ordre financier, envisager cette première étape. Bien évidemment, il devra motiver son recours et formuler, dans ses conclusions, les revendications qu'il soumet à l'examen des juges. S'il n'a aucun argument à faire valoir contre la position de l'assureur-accidents, on pourrait lui reprocher d'agir à la légère, en recourant, et lui imposer le paiement des frais de procédure.
Lorsque le tribunal cantonal aura statué, Monsieur W. pourra songer à la deuxième étape, si le contenu du jugement ne lui donne pas satisfaction. Il pourra, en effet, dans un délai de 30 jours, introduire un recours auprès du Tribunal fédéral des assurances, à Lucerne. Tout comme au niveau cantonal, la procédure au niveau fédéral est simple. Les exigences posées par le droit fédéral se limitent à ce qui est strictement nécessaire. Ainsi, Monsieur W. devra recourir par écrit, en n'omettant pas de signer son recours. Comme précédemment, il devra motiver sa position et formuler ses conclusions. En principe, pour autant que Monsieur W. n'introduise pas un recours « téméraire », il n'aura pas à payer de frais de justice.
En matière d'assurances sociales, la procédure est donc réglée de telle manière que tout assuré puisse faire valoir ses droits, simplement, sans devoir craindre une charge financière dissuasive liée aux frais de justice. Bien entendu, si l'assuré recourt aux services d'un professionnel, il ne sera pas exonéré de l'obligation de payer ses honoraires.

Quand l'assurance-accidents met fin aux prestations

La question

Monsieur F. a été victime d'un grave accident de la circulation en mars 1996. Il est assuré, par son entreprise, auprès de la CNA. Cette dernière a donc pris en charge les frais d'hospitalisation et de traitement. Elle a également versé l'indemnité journalière. Monsieur F. vient de recevoir une lettre de la CNA l'informant que, selon les renseignements obtenus du médecin, l'incapacité de travail n'est plus en relation avec l'accident. Par conséquent, les prestations ne seront plus versées après le 31 août 1996. Passée cette date, toute incapacité de travail devra être mise en relation avec une maladie. Monsieur F. doit donc faire valoir ses droits envers l'assureur maladie. Monsieur F. n'est pas d'accord. Son employeur a, certes, conclu une assurance perte de salaire avec une caisse-maladie. Cependant, il est convaincu que l'affection dont il souffre encore est à mettre sur le compte de l'accident de mars. Il aimerait bien faire valoir ses droits devant le juge. Mais, dans l'intervalle, qui va payer sa perte de salaire ? Si la caisse-maladie l'indemnise, a-t-il encore un intérêt à ce que son cas soit considéré comme un accident ?

Dans cette situation, Monsieur F. doit immédiatement transmettre le certificat médical à l'assureur-maladie de son entreprise (puisqu'il fait toujours partie du personnel). La Loi sur l'assurance-maladie et l'ordonnance sont très claires : la caisse-maladie doit verser les prestations à titre provisoire, et sur simple demande de l'assuré. Monsieur F. peut donc être pleinement rassuré.

Comment doit-il défendre ses droits dans le cadre de l'assurance-accidents ? Si Monsieur F. est convaincu que son incapacité de travail est en relation avec l'accident survenu quatre mois auparavant, il devra entamer la procédure que lui indiquera la CNA dans sa décision, puis dans sa décision sur opposition. Ces démarches sont simples et gratuites. Monsieur F. ferait bien de s'appuyer sur l'avis du médecin pour consolider sa position. La procédure peut être longue. Pendant ce temps, et pour autant que l'incapacité de travail soit attestée, la caisse-maladie versera ses prestations.

Monsieur F. doit également savoir que la caisse-maladie peut, elle aussi, faire recours contre la décision de la CNA. Dans ce cas, l'assuré doit être informé à chaque étape de la procédure. Il pourra intervenir devant le juge et défendre sa position. Ainsi donc, même si la caisse-maladie décide de recourir, les droits de Monsieur F. sont totalement préservés.

Monsieur F. a-t-il vraiment un intérêt à recourir, si la caisse-maladie l'indemnise ainsi, sans interruption ? Bien sûr. Les prestations versées par l'assurance-accidents ne sont pas identiques à celles de l'assurance-maladie. Certes, la couverture de la perte de gain peut être similaire. Mais s'il subsiste une invalidité, même partielle, l'assurance-maladie ne versera aucune rente, alors que ce sera le cas de l'assurance-accidents. Par ailleurs, d'autres prestations pourront, le cas échéant, être payées par l'assureur-accidents (indemnité pour la perte d'un membre, ou de son usage, par exemple). Il est donc capital que soit clairement établie la responsabilité de chaque assurance dans un cas pareil.

De la pratique du football

La question

Monsieur W., technicien, s'est récemment blessé au genou, en jouant au football avec son fils. La douleur a été très violente et Monsieur W. est, depuis lors, en arrêt total de travail. Le médecin qu'il a consulté soupçonne une déchirure du ménisque. Si ce diagnostic est confirmé par les examens prévus, une intervention s'avérera nécessaire. Monsieur W. a donc pris contact avec sa caisse-maladie pour vérifier sa couverture d'assurance en clinique privée. La caisse répond à Monsieur W. qu'elle n'a pas à intervenir, car une déchirure du ménisque doit être prise en charge par l'assurance-accidents. Par ailleurs, la caisse précise qu'elle ne couvrira pas la chambre privée en clinique, parce que le risque « accident » n'est pas inclus dans la couverture complémentaire d'hospitalisation conclue par Monsieur W. Ce dernier aimerait savoir si les renseignements obtenus auprès de sa caisse-maladie sont exacts. En particulier, pourquoi peut-il se faire hospitaliser en clinique si c'est une maladie, et seulement en salle commune s'il s'agit d'un accident ?

La réponse fournie par l'assurance-maladie est correcte. Selon le droit fédéral, l'accident est défini d'après certains critères cumulatifs. Un de ces critères concerne le caractère extérieur de l'atteinte. Lorsqu'il s'est blessé, Monsieur W. n'a subi aucune atteinte extérieure. Est-ce à dire que ce n'est pas un accident ? Non, car le Conseil fédéral a dressé une liste de lésions corporelles qui, bien que n'étant pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, sont néanmoins assimilées à un accident. Ce sont les fractures (dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie), les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque,

les déchirures et les froissements de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments et du tympan. Cette liste est exhaustive. Cela signifie qu'aucune autre lésion ne peut être reconnue. Ainsi, ni la hernie discale, ni un lumbago ne seront pris en charge par l'assurance-accidents. Ces affections sont du ressort de l'assurance-maladie. Dans la mesure où la déchirure du ménisque est confirmée, Monsieur W. a donc bien été victime d'un accident. Il doit annoncer, sans retard, son cas à l'assurance-accidents, par le biais de son employeur.
En ce qui concerne la couverture de l'hospitalisation, on peut apporter les précisions suivantes. Si Monsieur W. ne dispose que de la couverture LAA, il ne peut exiger, de l'assureur-accidents, le remboursement des frais d'hospitalisation en chambre privée. Et, puisque le risque « accidents » n'est pas inclus dans la couverture d'assurance-maladie complémentaire, la caisse-maladie ne peut être tenue d'intervenir dans ce cas. Monsieur W. devra donc supporter une partie des frais, s'il persiste dans son désir d'hospitalisation en chambre privée. Tels sont les grands principes qui régissent le remboursement des prestations dans ces deux branches d'assurance sociale. Cependant, sur la base de conventions qu'elle a passées, la CNA peut être appelée à rembourser les frais d'une hospitalisation dans certaines cliniques privées, en « chambre commune » seulement. Monsieur W. recevra certainement toute indication utile de son médecin avant son hospitalisation.

Quand l'intégrité physique ou mentale est altérée

La question

Monsieur F. a été victime d'un accident du travail le 7 mars 1997. Il est toujours en incapacité de travail. L'assurance-accidents a pris le cas en charge. Selon les médecins de l'établissement hospitalier dans lequel il a séjourné, et son médecin traitant, Monsieur F. devrait être en mesure de reprendre une activité à temps partiel d'ici un mois. Par la suite, la reprise de l'activité à temps plein n'est pas exclue. Cela dépend, toutefois, de l'évolution de l'état de santé de Monsieur F. Ce dernier se pose quelques questions concernant son avenir. S'il devait rester partiellement invalide, aurait-il droit à une rente? Par ailleurs, il a subi un grave traumatisme à la main gauche lors de l'accident. Il a été opéré une première fois, et une seconde intervention chirurgicale n'est pas exclue. Il croit savoir que l'assurance-accidents lui donnera également un capital pour ce traumatisme. Est-ce exact?

Le cas de Monsieur F. est traité selon la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Selon les dispositions de cette dernière, l'assuré qui devient invalide, suite à l'accident, peut prétendre au versement d'une rente d'invalidité. Si l'invalidité est partielle, la rente sera diminuée en conséquence. À l'heure actuelle, il est impossible d'affirmer à Monsieur F. qu'un tel droit lui sera ouvert. Pour cela, un certain nombre de conditions doivent être remplies. Ainsi, le traitement médical doit être terminé et l'invalidité constatée doit être en relation de causalité adéquate avec l'accident survenu le 7 mars 1997. Par ailleurs, si des mesures de réadaptation s'avèrent nécessaires, elles devront être achevées au moment de l'examen des conditions d'octroi de la rente. Enfin, on peut relever que Monsieur F. pourra, également, avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité (AI) si les conditions

de cette assurance sont remplies (notamment, un taux d'invalidité d'au moins 40 %). Dans ce cas, les deux assurances pourraient être tenues d'intervenir, la rente de l'assurance-accidents étant réduite pour éviter une « surassurance ».
Qu'en est-il du versement d'un capital dont nous parle Monsieur F. ? Il s'agit, en fait, d'une « indemnité pour atteinte à l'intégrité ». Cette prestation a pour but de dédommager la personne qui, par l'accident, a été touchée dans son intégrité physique ou mentale. Elle est versée indépendamment de la capacité de gain de la personne. Des conditions précises sont toutefois posées par la Loi et l'Ordonnance fédérales. L'atteinte à l'intégrité doit être à la fois importante et durable. Ce dernier critère signifie que l'atteinte subsistera, avec la même gravité au moins, tout au long de la vie. Monsieur S. ne nous donne aucun renseignement précis nous permettant d'estimer la probabilité, pour lui, de recevoir une telle prestation. En l'état du dossier, nous pouvons lui indiquer que le traitement devra être achevé pour que l'atteinte puisse être évaluée, par les médecins, puis par l'assurance-accidents. Pour ce faire, l'assureur-accidents se fondera sur une liste désignant les atteintes et le taux retenu pour le calcul du capital. Ainsi, la perte de la main droite (ou la perte totale de son usage) correspond, pour un droitier, à un taux de 50 %. Ce qui signifie que l'assuré reçoit, dans ce cas, un capital équivalant à 50 % du gain annuel maximum assuré (fr. 97200.-).

Quand la maladie et l'accident conduisent à l'invalidité

La question

Monsieur W., âgé de 58 ans, a eu un accident de travail en août 1997. Il a subi de longs traitements et n'a toujours pas pu reprendre son travail. L'assurance-accidents de son employeur a pris le cas en charge. Selon l'avis des experts, une invalidité permanente est prévisible. Monsieur W. s'est, du reste, soumis à différents tests et examens au cours des dernières semaines. Lors d'un entretien qu'il a eu avec un représentant de l'assurance-accidents, Monsieur W. a appris que la responsabilité de cette assurance ne serait que partiellement engagée, car l'invalidité dont souffre Monsieur W. doit être attribuée à des problèmes de santé et non à l'accident lui-même. Monsieur W. est indigné : il est totalement incapable de travailler suite à son accident. Comment l'assurance peut-elle refuser ses prestations? Qui va payer sa rente?

Monsieur W. nous indique qu'il est salarié. À ce titre, il est couvert par l'assurance-accidents (LAA), et non par l'assurance-maladie. Selon les règles en vigueur depuis le 1er janvier 1984, l'assureur-accidents doit couvrir les conséquences immédiates de l'accident (frais de traitement, indemnité journalière notamment). Peu importe que l'accident ait été provoqué par une maladie, par exemple. À partir du moment où toutes les caractéristiques de l'accident sont remplies, l'assureur LAA doit intervenir pour le versement des prestations à court terme. Ainsi, lorsque l'assuré se fracture la jambe lors d'une chute, peu importe qu'une maladie existante ait fragilisé les os. La chute involontaire suffit pour engager la responsabilité de l'assureur. Cette règle permet d'éviter des partages de responsabilité entre l'assurance-accidents et l'assurance-maladie après la survenance de l'événement accidentel.

La question se pose en des termes différents pour les prestations à long terme (rente d'invalidité par exemple). À ce moment-là, l'assureur-accidents peut prendre en considération l'influence de facteurs étrangers à l'accident sur le taux d'invalidité permanente. Le droit en vigueur pose certaines limites à la capacité d'appréciation de l'assureur. Ainsi, le facteur étranger à l'accident (maladie, notamment) ne peut être retenu que s'il a déjà entravé la capacité de gain avant l'accident. Monsieur W. ne donne aucune indication à cet égard. La question doit être laissée ouverte.
Après que l'assureur-accidents a déterminé la part du facteur étranger, il peut réduire la rente d'invalidité dans une mesure correspondante. Cette règle est, au fond, assez logique. Elle permet de répartir correctement les charges financières entre les assurances, en tenant compte de toutes les causes de l'invalidité.
Ceci étant, qui va payer la rente d'invalidité que l'assureur-accidents ne prendrait pas en charge ? C'est évidemment l'assurance-invalidité, qui fonctionne comme régime de base (premier pilier) lorsqu'une maladie, un accident ou une infirmité congénitale rendent la personne assurée incapable d'obtenir un gain par une activité que l'on peut exiger d'elle. Si l'assurance-invalidité retient, elle aussi, que Monsieur W. est désormais incapable d'exercer toute activité lucrative (ou à raison de 40 % au moins), elle va verser une rente selon les règles qui sont les siennes.
Enfin, on peut relever que, dans la mesure où les prestations des deux assurances en question n'atteignent pas la limite de surassurance, la caisse de pension à laquelle est affilié Monsieur W. sera tenue d'intervenir. Le deuxième pilier remplit ainsi un rôle important dans le maintien du niveau de vie de la personne invalide.
Il se peut, cependant, que Monsieur W. conteste la position de l'assureur-accidents en soutenant que l'invalidité relève des seules suites de l'événement accidentel, et non d'une maladie antérieure. Dans ce cas, et pour autant qu'il dispose d'une expertise médicale, il pourra évidemment faire opposition à la décision de l'assureur-accidents et, le cas échéant, introduire un recours auprès du tribunal cantonal compétent.

Des conséquences du « comportement fautif »

La question

Monsieur M. a été victime d'un accident de voiture, le 18 mars 1997, alors qu'il rentrait d'une soirée chez des amis. Il a été hospitalisé durant plus de trois semaines, et il est actuellement en arrêt de travail. D'après les estimations du médecin traitant, il devrait être en mesure de reprendre progressivement son activité dès l'automne. Une invalidité partielle n'est pas exclue. Il est, toutefois, trop tôt pour se prononcer. L'assurance-accidents a pris tous les frais de traitement en charge. Cependant, elle a réduit l'indemnité journalière de 20 %, en invoquant une vitesse excessive et la conduite sous l'emprise de l'alcool. Monsieur M. aimerait savoir si une telle réduction des prestations est légale. Et s'il devenait invalide, suite à cet accident, est-ce qu'une réduction de la rente serait possible?

La réduction des prestations en espèces est un sujet complexe dans le droit de la sécurité sociale. La question doit être examinée dans le cadre de chaque branche d'assurance. En ce qui concerne l'assurance-accidents, le système légal permet de réduire les prestations en cas d'accident non professionnel si l'on peut reprocher, à l'assuré, un comportement fautif. Ce principe de la réduction se justifie par le fait que l'assurance sociale est fondée sur la solidarité. En d'autres termes, il n'est pas admissible que la collectivité des assurés doive supporter l'intégralité des frais occasionnés par un comportement répréhensible de l'un de ses membres. Ainsi, l'assureur-accidents peut réduire ses prestations lorsque l'assuré s'est exposé à des « dangers extraordinaires » ou lorsqu'il s'est livré à une « entreprise téméraire » (p. ex. pratique d'un sport dangereux sans avoir pris les précautions élémentaires).

La possibilité de réduction des prestations est cependant limitée par la Loi fédérale. En principe, les frais de traitement sont couverts. Et les prestations en espèces ne peuvent être réduites au-delà d'une certaine limite lorsque l'assuré a charge de famille. Le refus des prestations est rare. Il est lié à des circonstances particulièrement graves, énoncées dans la Loi fédérale.

Dans le cas de Monsieur M., l'assureur a retenu deux éléments : une vitesse et un taux d'alcool excessifs. Ces deux critères sont pertinents. Monsieur M. peut-il contester le taux de réduction ? En principe, oui. Il peut faire opposition à la décision de réduction, puis introduire un recours contre la décision sur opposition. On peut cependant conseiller à Monsieur M. de discuter avec son assureur avant d'engager une telle procédure. Les taux de réduction ne sont pas fixés de manière arbitraire. Ils ont été dûment établis au cours d'une longue pratique et Monsieur M. pourra certainement recevoir des explications détaillées à ce sujet, sans avoir à saisir la justice.

Qu'en serait-il de la rente d'invalidité ? Dans le cadre de l'assurance-accidents (non professionnels), elle peut également faire l'objet d'une réduction. Il en va de même de l'allocation pour impotent versée aux assurés qui, suite à l'accident, dépendent de l'aide d'autrui pour les actes ordinaires de la vie.

Il convient de souligner que ces règles sont applicables aux seuls accidents non professionnels, pour les salariés travaillant plus de 12 heures par semaine. L'accident professionnel est soumis à des règles sensiblement différentes, en raison de conventions internationales qui lient la Suisse. Il en est de même dans l'assurance-invalidité. Enfin, la question n'est pas réglée de manière précise dans la Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Or, cette branche d'assurance doit couvrir les accidents non professionnels dont sont victimes les salariés travaillant moins de 12 heures par semaine, s'ils n'ont pas contracté une assurance privée à cet effet.

Quand un tiers est responsable de l'accident

La question **Monsieur H., employé de commerce, a subi un grave accident. Il circulait à vélomoteur, et s'est fait renverser par une automobile, dont le conducteur avait entrepris un dépassement téméraire. Monsieur H. rentrait alors à son domicile, après le travail. Il a été hospitalisé durant de nombreuses semaines. Il est encore en arrêt de travail et suit, maintenant, des traitements ambulatoires. Il sait que l'assurance-accidents prend son cas en charge. Néanmoins, il a encore des frais que personne n'a remboursés pour le moment, notamment le vélomoteur. Il se demande s'il pourrait intervenir auprès de l'assureur de l'automobiliste. Par ailleurs, il aimerait savoir pourquoi ce n'est pas cet assureur qui a pris intégralement le cas en charge. Monsieur H. trouve qu'il n'est pas admissible que l'assurance sociale paye, alors qu'il existe un tiers responsable. Enfin, il aimerait savoir ce qui se passera s'il a, ultérieurement, des séquelles de son accident.**

En tant qu'employé de commerce salarié, Monsieur H. est obligatoirement assuré contre le risque « accidents ». C'est donc le régime de la LAA qui s'applique. Selon les renseignements fournis par Monsieur H., du reste, la prise en charge du cas ne pose aucun problème. Néanmoins, la question peut être posée de savoir si l'assurance sociale n'aurait pas dû refuser d'entrer en matière et transmettre le dossier à l'assureur RC de l'automobiliste responsable. C'est, du moins, l'interrogation que se pose Monsieur H.
En réalité, l'assureur-accidents gère le dossier de manière tout à fait correcte. Selon les dispositions légales en vigueur, l'assurance-accidents doit couvrir les frais de traitement dès que l'accident est survenu et indemniser la perte de salaire dès le jour après l'accident.

Bien entendu, les conditions et formalités prévues par la Loi fédérale doivent être remplies.
Dans un deuxième temps, l'assureur-accidents va se retourner contre l'assurance RC de l'automobiliste fautif et faire valoir son droit au remboursement des prestations versées. C'est ce que les juristes appellent : la subrogation. Ainsi, contrairement à ce que pense Monsieur H., ce n'est pas la collectivité des assurés qui prend en charge ce cas mais bien, en définitive, l'assureur concerné par le comportement de l'automobiliste. Un système identique existe dans d'autres assurances sociales (par exemple l'assurance-invalidité).
Cela n'empêche pas Monsieur H. de faire valoir ses prétentions propres envers l'assureur RC. Il mentionne que les dommages à son vélomoteur n'ont pas été réparés. De tels frais n'étant pas à la charge de l'assureur-accidents (LAA), Monsieur H. peut en exiger le remboursement auprès de l'assureur privé.
Quant aux séquelles tardives que Monsieur H. évoque, elles seront également prises en charge par l'assureur-accidents. Toutefois, si Monsieur H. reçoit une rente d'invalidité à ce moment-là, les prestations pour soins (et les remboursements de frais) seront garanties à certaines conditions seulement. On regardera, en effet, si les mesures envisagées permettent de rétablir la capacité de gain ou empêchent cette dernière de diminuer.

ASSURANCE-VIEILLESSE ET SURVIVANTS

Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), du 20 décembre 1946 (entrée en vigueur le 1er janvier 1948)

La Loi fédérale couvre, à titre obligatoire, toutes les personnes qui sont domiciliées en Suisse et/ou y exercent une activité lucrative. Elle protège également les personnes qui exercent, à l'étranger, une activité en faveur d'un employeur suisse, qui les rémunère. Un certain nombre de conditions sont, cependant, posées pour cette forme d'assurance. L'assurance facultative est ouverte, à certaines conditions, aux ressortissants suisses résidant à l'étranger.
Les rentes de survivants sont versées aux enfants orphelins, jusqu'à l'âge de 18 ans (25 ans en cas d'études). Les veufs peuvent faire valoir un droit à une rente de survivants pour autant que le dernier des enfants n'ait pas atteint l'âge de 18 ans. Cette restriction n'est pas imposée aux veuves. Le remariage de la veuve met fin au droit à la rente.
Les femmes divorcées sont, lorsque certaines conditions sont remplies, assimilées à des veuves. Elles ont, alors, un droit propre à la rente de veuve. La 10e révision de l'AVS a levé une condition restrictive, tenant à l'obligation de l'ex-conjoint de verser une pension alimentaire.
La rente de vieillesse est ouverte aux femmes ayant atteint l'âge de 62 ans et aux hommes ayant atteint l'âge de 65 ans. Le relèvement de l'âge de retraite des femmes interviendra en deux étapes : 2001 (63 ans) et 2005 (64 ans).

Dès le 1er janvier 1997, les hommes peuvent prétendre au versement de la rente de vieillesse dès l'âge de 64 ans (moyennant une réduction du montant de la rente). En 2001, le droit à l'anticipation existera pour les hommes âgés de 63 ans et pour les femmes âgées de 62 ans.
La rente de vieillesse peut également être ajournée, au maximum pour une durée de 5 ans. La rente ajournée est augmentée d'un intérêt croissant avec le nombre d'années différées.
Dès le 1er janvier 1997, le droit à la rente de vieillesse est individuel. On procède, pour le calcul de la rente, au splitting (partage des revenus durant les années de mariage) et à l'adjonction de « bonifications pour tâches éducatives et d'assistance ». Le versement de la rente est lié à certaines conditions, notamment le domicile en Suisse. Sont réservées les conventions bilatérales existantes.
Le droit à la rente n'implique pas la cessation de l'activité lucrative. Pour le travailleur en âge AVS, cependant, se posent un certain nombre de problèmes relatifs à sa protection sociale (couverture de la perte de gain en cas de maladie, notamment).
La rente complémentaire pour épouse est, progressivement, supprimée. Les droits acquis sous le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996 sont, cependant, garantis.
Les rentiers ayant atteint l'âge AVS avant le 1er janvier 1997 verront leur rente de vieillesse à nouveau calculée en 2001. Dans l'intervalle, un calcul fondé sur les principes de la 10e révision AVS peut être demandé, dans certains cas (par exemple la femme suisse ayant épousé un étranger qui n'a pas cotisé de manière continue au régime AVS).
Lorsque la rente de vieillesse ne suffit pas à couvrir les besoins vitaux, le droit à une prestation complémentaire est ouvert. Cette prestation est appliquée par les cantons qui peuvent améliorer le régime fédéral.
L'AVS finance également des moyens auxiliaires et des allocations pour impotents (de degré grave et moyen).

Pour aller plus loin

a) grand public

Mémento AVS diffusé par le Centre d'information AVS (Il peut être obtenu auprès des caisses de compensation AVS et de leurs agences)

La 10e révision de l'AVS en bref :…
… pour les bénéficiaires de rentes

… à l'intention des étrangères et étrangers résidant en Suisse

Ces trois brochures (gratuites) peuvent être demandées à l'OFAS, 3003 Berne

b) personnes intéressées, professionnels

Revue Sécurité Sociale, OFAS (rubriques régulières sur l'assurance-vieillesse et survivants)
numéro 4/1996 : consacré à l'AVS

Pierre-Yves Greber, Jean-Louis Duc, Gustavo Scartazzini : Commentaire des articles 1 à 16 de la Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), Champ d'application personnel et cotisations, Helbling & Lichtenhahn Verlag, Bâle, 1997.

Vade-mecum des rentes, Association des caisses de compensation professionnelles, Zurich, 1998.

J.-P. Beausoleil : La prévoyance professionnelle : le premier pilier AVS/AI (1re partie), Université de Genève, 1996.

Maintenir la couverture quand on part à l'étranger

La question **Mademoiselle J., âgée de 26 ans, exerce la profession d'infirmière à l'hôpital cantonal. Elle prévoit de partir, dans le courant de l'année 1998, pour travailler dans un hôpital africain, géré par une organisation d'entraide suisse. Mademoiselle J. aimerait savoir ce qu'elle doit faire en regard de l'AVS/AI. Elle ne souhaite pas avoir de lacunes dans sa protection sociale. Elle a entendu dire que certaines choses avaient changé depuis la 10e révision AVS. Est-ce exact? Par ailleurs, elle aimerait savoir ce qui se passerait si elle se mariait dans l'intervalle? Elle précise que son mari partirait avec elle et travaillerait dans le même hôpital. Tous deux sont de nationalité suisse.**

Mademoiselle J. a été correctement renseignée : des modifications ont été introduites avec la 10e révision AVS, depuis le 1er janvier 1997. C'est donc selon ses dispositions que doit être examinée sa situation.

Lorsqu'un assuré quitte le territoire suisse, l'affiliation au régime AVS/AI peut être modifiée. Il convient, tout d'abord, d'examiner si la personne garde un lien avec la Suisse (par l'employeur). Si tel n'est pas le cas, on s'attachera à sa nationalité.

Mademoiselle J. sera, selon ses projets, occupée par une organisation d'entraide suisse. Même si elle travaille en Afrique, elle maintiendra donc un lien (professionnel) avec son pays. Selon le droit fédéral, l'assurance obligatoire AVS/AI peut être maintenue, pour autant que la personne ait été assurée obligatoirement pendant cinq années consécutives au moins, avant le début de l'activité à l'étranger. Mademoiselle J. remplit cette condition. Elle devra, cependant, faire des démarches pour maintenir son assurance obligatoire. Cette exigence est nouvelle depuis le 1er janvier 1997. Il faudra donc qu'elle adresse une demande écrite, signée par elle-même et son employeur, dans le

délai de 6 mois à compter du jour où elle prend son emploi dans l'hôpital africain. Le délai est impératif. La demande doit être adressée à la caisse de compensation de son employeur. On précisera que l'employeur n'est pas obligé de donner son accord. Lorsque la caisse aura accepté cette affiliation, l'employeur prélèvera les cotisations, comme si Mademoiselle J. travaillait en Suisse.

Mademoiselle J. pourra-t-elle mettre fin à son assurance lorsqu'elle sera en Afrique ? Certainement. Pour ce faire, elle devra résilier son assurance, avec l'accord de son employeur, moyennant un préavis de 30 jours.

Si Mademoiselle J. se marie, la situation ne sera pas modifiée, du point de vue de son affiliation à l'AVS/AI, dans la mesure où elle travaille, comme prévu, dans l'établissement hospitalier en Afrique. L'AVS et l'AI sont, en effet, fondées sur un système d'affiliation individuelle. En revanche, si Mademoiselle J. (devenue « Madame ») décide de mettre fin à son activité lucrative, alors qu'elle se trouve en Afrique avec son époux, elle perd son droit à l'affiliation obligatoire. En revanche, étant de nationalité suisse et âgée de moins de 50 ans, elle pourra solliciter son affiliation à titre facultatif. Depuis le 1er janvier 1997, ce droit est reconnu à chaque personne de nationalité suisse, quelle que soit la situation de son conjoint.

Une assurance facultative pour la femme mariée?

La question

Madame F. va prochainement partir à l'étranger. Son époux, ingénieur, a accepté une activité en Amérique du Sud, pour le compte d'une entreprise multinationale. Le contrat d'engagement est conclu pour une durée minimale de six ans. Madame F. a réglé l'essentiel des questions touchant ce transfert à l'étranger. Elle aimerait, cependant, être certaine de sa situation en regard de l'AVS/AI. Peut-elle garder l'AVS en étant à l'étranger? Son mari doit-il également être affilié?

Monsieur F. va déplacer son domicile à l'étranger et ne travaillera plus pour un employeur suisse. Madame F. va également déplacer son domicile à l'étranger. Les conditions posées par la Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) pour une affiliation obligatoire ne sont donc plus remplies pour les deux époux.

Se pose donc la question d'un maintien de l'assurance à titre facultatif. La Loi fédérale prévoit cette possibilité. Certaines conditions sont, cependant, posées. En premier lieu, l'affiliation est réservée aux seuls ressortissants suisses. Madame F. ne nous donnant aucune précision, nous admettons que cette condition est remplie pour elle. Par ailleurs, les personnes qui veulent s'affilier à titre facultatif ne doivent pas être âgées de plus de 50 ans. Plus précisément, la Loi fédérale prévoit que l'adhésion dot être déposée au plus tard dans un délai d'un an dès l'accomplissement de la 50e année. Qu'en est-il si Madame F. a dépassé cet âge? Tout espoir n'est pas perdu, car le texte légal prévoit également que les ressortissants suisses âgés de plus de 50 ans peuvent requérir l'adhésion à l'assurance facultative s'ils sortent de l'assurance obligatoire. En d'autres termes, Madame F. ne peut pas se permettre, dans cette hypothèse, de laisser passer quelques années, en Amérique du Sud, avant de demander son adhésion

à titre facultatif. Il doit y avoir continuité entre l'assurance obligatoire et l'assurance facultative.
Qu'en est-il du mari de Madame F. ? Cette question était très importante avant le 1er janvier 1997. En effet, avant l'entrée en vigueur de la 10e révision AVS, le système prévoyait que la femme avait un droit à l'assurance facultative seulement dans les cas où elle était divorcée, veuve ou séparée de corps. En d'autres termes, elle n'avait pas de droit propre tant qu'elle était mariée. Si l'époux adhérait à l'assurance facultative, la femme était également (et automatiquement) assurée. En revanche, si l'époux renonçait à l'assurance facultative, la femme était également privée de cette protection sociale tant qu'elle était mariée. C'était un exemple de ce que les juristes appellent les « droits dérivés » (la femme mariée ayant un droit à la sécurité sociale dans la seule mesure où le mari l'a également pour lui). Ce système a, fort heureusement, été modifié lors de la 10e révision de l'AVS. Désormais, les femmes mariées ont un droit propre à l'assurance facultative, lorsqu'elles ont un domicile à l'étranger et qu'elles n'ont plus de lien professionnel avec la Suisse. Madame F. peut donc requérir l'assurance facultative, même si son époux décide d'y renoncer parce que, par exemple, l'entreprise qui l'emploie lui accorde une couverture d'assurance qu'il juge convenable et suffisante.
Si Madame F. n'exerce aucune activité lucrative dans le pays d'accueil, on peut donc lui recommander d'envisager le maintien de l'affiliation à l'AVS. Il est important de souligner, par ailleurs, que la couverture d'assurance s'étend également à l'assurance-invalidité. En d'autres termes, si Madame F. est admise dans le cercle des assurés (à titre facultatif), elle sera également couverte si elle devait être victime d'un accident, ou être frappée d'une maladie qui entraîne une invalidité. Il s'agit donc d'une forme de prévoyance sociale qui peut s'avérer extrêmement importante pour les Suisses de l'étranger.

Quitter la Suisse sans avoir droit à la rente

La question **Monsieur R., ressortissant colombien, exerce une activité lucrative en Suisse depuis le mois de septembre 1982. Le 17 juin 1998, il aura 65 ans. Il envisage de retourner dans son pays d'origine et souhaite obtenir quelques renseignements concernant sa situation en regard des assurances sociales. Plus particulièrement, il aimerait connaître ses droits quant à sa rente de vieillesse. Il a appris qu'il ne la toucherait pas s'il quitte la Suisse. Est-ce exact? Par ailleurs, qu'adviendra-t-il du capital qu'il a accumulé, dans le deuxième pilier, durant toutes ces années de vie active?**

Deux problèmes distincts sont posés par Monsieur R. D'une part, sa situation dans l'AVS (premier pilier). D'autre part, son droit en regard de la prévoyance professionnelle (deuxième pilier).
En ce qui concerne l'AVS, le droit de Monsieur R. dépend de son lieu de domicile. En effet, le droit suisse (Loi fédérale sur l'assurance-vieillessse et survivants) exige, entre autres conditions, que le bénéficiaire de la rente AVS soit domicilié en Suisse. Cette règle connaît des exceptions., notamment pour les ressortissants étrangers dont le pays d'origine a conclu une convention bilatérale avec la Suisse. En pareille hypothèse, le droit au versement de la rente à l'étranger (en principe, dans le pays d'origine) peut être garanti. À l'heure actuelle, la Suisse a conclu plus de vingt conventions bilatérales, avec les pays de l'Europe de l'Ouest, le Canada et, plus récemment, avec quelques pays de l'Europe de l'Est et le Chili. La Colombie ne figure pas dans cette liste.
Cela signifie donc que Monsieur R. est soumis au régime général de l'AVS et qu'il doit maintenir son domicile en Suisse pour faire valoir son droit au versement d'une rente AVS. Ce droit sera ouvert, pour lui, le 1er juillet 1998. Si Monsieur R. ne quitte pas immédiatement le

territoire suisse, il recevra une rente AVS. Cette dernière sera partielle en raison des années de cotisations manquantes. On peut encore préciser que si Monsieur R. continue à travailler après l'âge AVS, il recevra sa rente, mais il devra s'acquitter du paiement de cotisations (sur le salaire dépassant la somme de fr. 1400.- par mois).

Que se passera-t-il lorsque Monsieur R. quittera la Suisse ? Si son droit à la rente s'éteint, est-ce que cela signifie que les années de cotisations au régime AVS seront perdues ? Heureusement, non. Depuis le 1er janvier 1997, grâce à l'entrée en vigueur de la 10e révision AVS, les ressortissants étrangers, dont le pays d'origine n'a pas conclu de convention bilatérale avec la Suisse, ont le droit d'exiger le remboursement des cotisations versées à l'AVS durant leur séjour en Suisse. Ce remboursement comprend également la part patronale. De plus, la réciprocité n'est pas exigée de la part de l'État dont la personne est originaire. Cela signifie que la Suisse ne cherche pas à savoir si l'État d'origine accorde un traitement identique aux ressortissants suisses qui sont établis sur son territoire. On peut encore relever que les rentes AVS perçues en Suisse, jusqu'au moment du départ pour la Colombie, seront déduites du montant remboursable.

Dans le deuxième pilier, la situation est simple. Selon le droit fédéral en vigueur, Monsieur R. peut faire valoir son droit au versement du capital qu'il a constitué au cours de ses années d'activité professionnelle en Suisse. En effet, un tel droit est ouvert aux personnes qui quittent définitivement la Suisse, ou à celles qui entreprennent une activité indépendante. Ainsi, Monsieur R. ne perdra pas l'avoir de vieillesse qui aurait constitué la base de calcul pour le versement d'une rente en Suisse.

Quand l'ex-conjoint décède

La question **Madame V., âgée de 49 ans, a trois enfants de 24, 22 et 19 ans. En 1989, elle a divorcé à l'amiable. Elle exerce, dès lors, une activité à temps partiel. En 1993, son ex-conjoint est décédé. Selon les renseignements qu'elle a, alors, obtenus, elle ne pouvait pas recevoir de rente de veuve, car son ex-mari n'était pas tenu de lui verser une pension alimentaire, selon le jugement de divorce. Madame V. sait que l'AVS a été modifiée au 1er janvier 1997. Il semble qu'elle aurait, maintenant, des droits, mais elle voudrait en être certaine. Peut-elle recevoir une rente de veuve, même si ses enfants sont majeurs ? Si c'est bien exact, que doit-elle faire ? Depuis quand touchera-t-elle sa rente : depuis l'année où son ex-mari est décédé ou depuis 1997 ?**

Le régime de l'AVS a été modifié, par l'entrée en vigueur de la 10e révision. Dès le 1er janvier 1997, des améliorations sensibles ont été apportées, notamment en ce qui concerne les droits des personnes divorcées. Jusqu'au 31 décembre 1996, la femme divorcée pouvait être reconnue comme veuve de son ex-conjoint si, entre autres conditions, l'ex-mari devait lui verser une pension alimentaire. Cette condition est, désormais, levée. Ainsi, toutes les conditions légales sont remplies si la femme divorcée a des enfants, et si le mariage a duré au moins dix ans. Le décès de l'ex-conjoint ouvre donc un droit à la rente de veuve. Madame V. est dans cette situation. Le fait que les enfants sont majeurs n'enlève rien à son droit. Pour toucher sa rente, elle doit adresser une demande à l'autorité compétente (agence AVS communale ou caisse cantonale). La rente est versée, au plus tôt, dès le 1er janvier 1997. En aucun cas, elle ne peut être rétroactive, c'est-à-dire être versée dès l'année du décès de l'ex-conjoint (1993). C'est, au

fond, logique, car le droit alors en vigueur ne la reconnaissait pas comme veuve.

Il faut préciser que ces conditions sont valables uniquement pour les femmes. L'homme veuf (de son ex-épouse) est soumis à des conditions plus restrictives. Le droit à la rente de veuf est, en effet, étroitement lié à l'âge des enfants à charge. Même si le mariage a duré plus de dix ans, l'homme qui a perdu son ex-épouse ne peut faire valoir son droit à une rente si le dernier de ses enfants a déjà atteint l'âge de 18 ans.

On peut relever, enfin, que d'autres femmes divorcées peuvent être concernées par la 10e révision. Il s'agit tout d'abord des femmes qui n'ont pas d'enfant, mais qui sont âgées de plus de 45 ans et dont le mariage a duré plus de dix ans. Il s'agit, ensuite, des femmes qui avaient plus de 45 ans lorsque le dernier enfant a atteint l'âge de 18 ans. Si elles sont dans l'une ou l'autre de ces situations, les femmes peuvent demander le versement d'une rente de veuve. Peu importe que l'ex-conjoint ait été tenu de verser une pension alimentaire. La 10e révision a donc pris en considération, outre la charge de famille, le fait que la femme âgée de plus de 45 ans rencontre de sérieuses difficultés lorsqu'elle doit reprendre une activité lucrative après le divorce.

Elle songe à se remarier

La question

Madame F. s'est mariée en 1975. Elle a eu trois enfants. Le divorce a été prononcé en mars 1989. Son ex-mari s'est remarié en 1992. Il a une petite fille de ce deuxième mariage. Madame F. songe, elle aussi, à se remarier. Elle aimerait savoir quelles seraient les conséquences sur sa sécurité sociale et, en particulier, sur sa rente de veuve. Actuellement, toucherait-elle une rente de veuve si son ex-mari décédait ? Si oui, devrait-elle la partager avec la deuxième épouse de son ex-mari ? Si elle se remarie, que se passera-t-il en cas de décès de l'ex-mari ?

Beaucoup de femmes qui se trouvent dans la situation de Madame F. se posent des questions identiques. Il ne semble donc pas inutile de donner les précisions suivantes :
À l'heure actuelle, Madame F. est divorcée. Si son ex-conjoint (remarié) décède, que lui réserve le régime de l'AVS ? Selon la nouvelle Loi fédérale, entrée en vigueur le 1er janvier 1997, la femme divorcée est assimilée à une femme veuve, pour autant que soient remplies un certain nombre de conditions, et notamment : avoir un ou plusieurs enfants de l'ex-conjoint et pouvoir attester que le mariage a duré plus de 10 ans. Ces deux conditions sont remplies, en l'occurrence. Il n'est pas nécessaire de rechercher si l'ex-mari était tenu de verser une pension alimentaire. Cette condition a été abolie avec la révision de la Loi fédérale (LAVS). La réponse est donc claire : au décès de son ex-mari, Madame F. sera veuve. Elle pourra demander le versement d'une rente AVS. Le montant qu'elle touchera ne devra, en aucun cas, être « partagé » avec la nouvelle épouse. Cette dernière sera veuve, au sens du droit fédéral, car elle a un enfant de son conjoint. Elle percevra, de son côté, sa propre rente de veuve, non réduite. Au fond, un homme qui se marie plusieurs fois peut occasionner des frais assez importants à l'AVS après son décès, dans la mesure où les

ex-épouses et la femme actuelle remplissent, chacune individuellement, les conditions d'ouverture du droit à la rente de veuve!

Nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour nous prononcer sur la situation de Madame F. en regard du deuxième pilier. Il faudrait tout d'abord connaître le statut professionnel de l'ex-conjoint : salarié (obligatoirement assuré) ou indépendant (éventuellement assuré à titre facultatif). Ensuite, il conviendrait d'examiner attentivement le règlement de la caisse de pension. Les conditions posées dans le régime de la prévoyance professionnelle sont, en règle générale, plus restrictives que dans l'AVS. Ainsi, la qualité de « veuve » dépend, notamment, du fait que l'ex-conjoint était tenu de verser une pension alimentaire.

Que se passera-t-il si Madame F. se remarie? En pareille hypothèse, le droit à une rente de veuve au décès de l'ex-conjoint n'existera plus. En revanche, elle sera veuve si son nouveau mari décède et si elle remplit les conditions légales : avoir un ou plusieurs enfants du conjoint ou, à défaut, 45 ans et 5 ans de mariage. Pour le calcul de ces 5 années, on cumule toutes les années de mariage accomplies dans la vie (du premier et du deuxième mariage). C'est donc le statut de femme mariée qui est déterminant, et non la durée du mariage avec un conjoint déterminé (comme c'est le cas pour la femme divorcée).

Divorce et domicile à l'étranger : quelle rente de vieillesse?

La question

Monsieur D., aujourd'hui âgé de 27 ans, se pose des questions quant aux droits futurs de sa mère, âgée de 60 ans. Les parents de Monsieur D. se sont mariés en 1966. Trois enfants sont nés entre 1967 et 1970. Le couple s'est séparé en 1976. Le divorce a été prononcé en 1978. Le juge a attribué la garde des trois enfants au père. Ce dernier n'a pas été tenu de verser une pension alimentaire à son ex-femme. Quelques années après le divorce, Madame D. décide d'établir son domicile en Allemagne. Monsieur D., lui, s'est marié, une deuxième fois, en 1989. Monsieur D. (fils) est un peu inquiet quant à la couverture de sa mère qui approche de la retraite. Il sait que sa mère cotise toujours à l'AVS. Il aimerait être rassuré sur deux points : si son père devait décéder, sa mère toucherait-elle une rente de veuve (quand bien même le divorce a été prononcé il y a déjà vingt ans)? À l'âge de la retraite, quelle rente sera versée? Le fait qu'elle n'a pas eu la garde des enfants jouera-t-il un rôle?

Les interrogations du fils de Madame D. suscitent les remarques et précisions suivantes :

Madame D. ressortissante suisse maintenant établie à l'étranger, est encore affiliée au régime de l'AVS (et de l'AI), par le biais d'une assurance facultative. Elle remplit donc la condition première pour pouvoir bénéficier des prestations du régime de l'AVS, pour autant qu'elle maintienne son assurance jusqu'à l'ouverture du droit à la rente.

Si son ex-époux devait décéder avant qu'elle atteigne l'âge AVS, Madame D. serait considérée comme veuve, car elle remplit la condition posée par la Loi fédérale : avoir au moins 10 ans de mariage avec l'ex-conjoint. Son droit n'est pas « diminué » du fait que son ex-

conjoint s'est remarié depuis le divorce. Le fait qu'elle ne touche aucune pension alimentaire n'a plus d'importance depuis le 1er janvier 1997, date d'entrée en vigueur de la 10e révision AVS.
Le droit à la rente de veuve s'éteint au moment où le droit à la rente de vieillesse est ouvert. Le système suisse ne connaît pas le cumul des risques. En d'autres termes, les rentes de veuve et de vieillesse ne s'additionnent pas.
Monsieur D. ne nous indique pas l'âge de sa mère. Si cette dernière est née en 1938, ou avant, elle pourra bénéficier de la rente AVS à l'âge de 62 ans. Si elle est née entre 1939 et 1941, elle devra, en revanche, attendre d'avoir 63 ans pour bénéficier du même avantage. Enfin, si elle est née en 1942 ou après, elle devra patienter jusqu'à l'âge de 64 ans. Cette différence est due, on le sait, à la 10e révision de l'AVS, qui prévoit le relèvement progressif de l'âge ouvrant le droit à la rente de vieillesse pour les femmes.
Lorsque l'âge fixé par la Loi fédérale sera atteint, Madame D. aura droit à une rente AVS qui sera calculée sur la base suivante : la prise en considération des revenus réalisés avant et après le mariage, (après le divorce). Durant les années de mariage, et si Madame D. n'a exercé aucune activité lucrative, les revenus du mari seront partagés pour moitié et portés sur le compte de Madame D. À supposer que Madame D. ait exercé une activité lucrative durant cette période, ses revenus seront également partagés pour être portés sur le compte individuel de son époux. Ainsi est concrétisé le principe de l'égalité de traitement entre époux.
Le fait d'avoir eu des enfants jouera un rôle important sur le montant de la rente qui sera versée. En effet, durant les années de mariage, un supplément de revenus sera porté sur le compte des deux époux. Ce supplément, appelé « bonification pour tâches éducatives », (actuellement de fr. 35820.- par an) revient pour moitié à chaque conjoint. Après le divorce, ce montant est attribué en entier au parent qui obtient la garde des enfants. C'est donc sur le compte de Monsieur D. que sera porté le montant total de fr. 35820.- après le divorce et jusqu'en 1986, année durant laquelle le dernier enfant a atteint l'âge de 16 ans. Néanmoins, pour Madame D., le régime AVS déploiera tous ses effets durant les 12 années qu'a duré son mariage.

Il est indépendant et il a 63 ans

La question **Monsieur W., indépendant, est âgé de 63 ans. Il ne pense pas prendre sa retraite à 65 ans. En bonne santé, et patron d'une petite entreprise, il souhaite poursuivre son activité quelques années encore. Monsieur W. aimerait savoir quelle sera sa situation en regard de l'AVS. Doit-il toucher la rente à l'âge de 65 ans ? Ou peut-il, comme il le souhaite, différer le paiement de la rente pendant quelques années ? Si oui, quel serait, alors, l'avantage pécuniaire ? Par ailleurs, Monsieur W. se demande s'il sera définitivement lié par son choix ou s'il peut l'annuler à un moment ou à un autre.**

La question de Monsieur W. permet d'évoquer le système de l'ajournement des rentes, effectivement prévu dans la Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS). Selon les dispositions légales et réglementaires, les personnes qui ont droit à une rente ordinaire de vieillesse peuvent demander que le paiement de la rente soit différé d'une année au moins et de cinq ans au plus. Le point de départ de l'ajournement est le moment où prend naissance le droit à la rente de vieillesse, c'est-à-dire le premier jour du mois qui suit l'accomplissement de la 65e année pour les hommes (62e année pour les femmes).

Monsieur W. n'est donc pas du tout obligé de toucher sa rente AVS. Il peut faire usage de la possibilité d'ajournement que le système AVS lui offre. Pour ce faire, il doit présenter une demande par écrit, soit en utilisant la rubrique « ajournement de la rente » contenue dans la formule de demande de rente, soit par lettre. Il dispose, pour cela, d'un délai d'un an à compter du début de la période d'ajournement.

Quels avantages offre l'ajournement de la rente? Selon le droit en vigueur, la rente est augmentée d'un taux qui varie en fonction du nombre d'années d'ajournement : 5,2 % (un an), 10,8 % (2 ans), 17,1 % (3 ans), 24 % (4 ans), 31,5 % (5 ans). Ces taux sont légèrement inférieurs aux taux retenus par règlement fédéral avant l'entrée en vigueur de la 10e révision de l'AVS (1er janvier 1997). Cependant, le supplément lié à l'ajournement est, désormais, adapté à l'évolution des prix et des salaires, comme la rente AVS. Ainsi donc, si Monsieur W. décide de toucher sa rente à l'âge de 69 ans, cette dernière sera augmentée de 24 %.
Il convient de préciser que ces principes sont valables pour autant que l'invalidité ne survienne pas dans l'intervalle. En effet, si une rente d'invalidité est versée (avant l'âge AVS), la rente de vieillesse ne peut pas être ajournée. Il en va de même d'une rente de vieillesse assortie d'une allocation pour impotent.
Si Monsieur choisit de différer sa rente de cinq ans, par exemple, est-il lié par sa décision ou peut-il changer d'avis? Le droit en vigueur est clair à ce sujet. Monsieur W. peut, en tout temps, révoquer l'ajournement de la rente de vieillesse. La révocation doit être faite par écrit. La rente est, alors, versée dès le mois suivant. Elle est augmentée du taux correspondant à la période d'ajournement effective. Le paiement rétroactif des rentes est exclu. Cependant, si la révocation intervient avant l'écoulement d'une année, la rente est calculée selon les règles générales, sans augmentation. Elle est versée rétroactivement dès le premier jour de mois suivant l'accomplissement de l'âge AVS.

Elle envisage de se remarier avec un ressortissant brésilien

La question **Madame W., âgée de 57 ans, est divorcée depuis 10 ans. Elle a trois enfants, tous majeurs maintenant. Madame W. envisage de se remarier, l'année prochaine, avec un ressortissant brésilien, âgé de 59 ans, qui s'est établi en Suisse en 1989. Elle aimerait savoir si ce nouveau mariage lui portera préjudice, d'un point de vue économique, lorsqu'elle sera en âge AVS. En effet, d'après certains renseignements fournis par son entourage, le fait que son mari soit venu en Suisse après l'âge de 50 ans diminuera considérablement le montant de la rente AVS qui sera versée au couple.**

Les renseignements obtenus par Madame W. ne sont plus tout à fait d'actualité. La 10e révision de l'AVS, entrée en vigueur le 1er janvier 1997, a apporté d'importantes améliorations aux personnes dans la situation de Madame W. Quels seront donc les droits de Madame W. au moment de la retraite?

On peut tout d'abord préciser que Madame W. atteindra l'âge de la retraite en 2003, soit lorsqu'elle aura fêté son 63e anniversaire. C'est, en effet, en 2001 déjà que l'âge de la retraite passera de 62 à 63 ans pour les femmes.

Par ailleurs, l'époux de Madame W. atteindra, lui aussi, l'âge de la retraite en 2003. Si on retient que tous deux sont rentiers AVS, voilà les principes qui vont être appliqués pour le calcul de la rente :

Tout d'abord, chaque époux aura une rente individuelle. Pour Madame W., on calculera les revenus qu'elle a réalisés durant sa vie active. Pendant les années de mariage, la moitié de ces revenus sera portée sur le compte individuel du conjoint. Mais on prendra également en considération les revenus de son conjoint pour lui en attribuer la moitié.

Comme Madame W. a eu des enfants de son premier mariage, les revenus pris en considération vont également augmenter. Pourquoi? Parce que l'on ajoutera, aux revenus, des « bonifications pour tâches éducatives ». Ces dernières correspondent à un montant fixe (fr. 35 820.-), également partagé pendant les années de son premier mariage. Ce montant sera pris en considération depuis la naissance du premier enfant jusqu'à l'année où le dernier enfant a 16 ans. On ne multiplie donc pas la bonification par le nombre d'enfants, mais on retient le nombre d'années durant lesquelles on a élevé ses enfants, jusqu'à l'âge de 16 ans. Tous ces éléments vont entrer dans le calcul de la rente qui sera versée à Madame W.
Pour son époux, on procédera de même. Dans ce cas, cependant, la rente calculée sera diminuée en fonction des années de cotisations « manquantes ». C'est donc Monsieur W., et lui seul, qui subira les conséquences financières de ces lacunes de cotisations.
Une fois le calcul effectué, on vérifiera que la somme des deux rentes versées aux époux W. ne dépasse pas fr. 2985.-. Pour les couples mariés, en effet, on plafonne la somme totale versée à 150 % de la rente maximale AVS. Si le total est trop élevé, on réduit chaque rente proportionnellement.
En résumé, Madame W. ne subira aucun préjudice du fait que son mari n'a pas cotisé à l'AVS depuis l'âge de 20 ans. Dans ce sens, le principe d'une rente individuelle pour chaque conjoint, assorti d'une égalité de revenus totale durant les années de mariage, représente un grand progrès social.

Il veut rester actif après l'âge de 65 ans

La question **Monsieur M., atteindra l'âge de la retraite au mois d'août 1997. Il a commencé à travailler à l'âge de 19 ans et n'a jamais arrêté. Au cours de sa vie active, il a travaillé, successivement, dans quatre entreprises. Il sait qu'il va toucher une rente AVS et une rente du deuxième pilier. Il se demande, maintenant, quels sont les changements qui surviendront dans les autres assurances sociales, du fait de sa retraite. Par ailleurs, si son état de santé le permet, Monsieur M. a envie de poursuivre des activités rémunérées, de manière ponctuelle. Pourrait-il, alors, toucher sa rente AVS ? Aurait-il une protection en cas de maladie et d'accident ?**

La mise à la retraite implique un certain nombre de changements dans la couverture sociale. L'assurance-accidents ne s'arrête pas avec la fin de l'activité lucrative. Elle déploie encore ses effets durant 30 jours. Pour Monsieur M., cela signifie que, s'il quitte son emploi le 31 août 1997, il sera couvert jusqu'au 30 septembre 1997. Donc, si Monsieur M. est victime d'un accident dans ce laps de temps, il ne sera pas pris en charge par la caisse-maladie, mais par l'assureur LAA de son dernier employeur. Il ne doit faire aucune démarche à cet effet. Au-delà du 30 septembre 1997, il sera couvert exclusivement pas l'assurance-maladie pour les soins médico-pharmaceutiques. Monsieur M. devra annoncer à sa caisse-maladie que le risque « accidents » doit à nouveau être inclus dans la couverture des soins de base dès le 1er octobre 1997.

Monsieur M. ne nous indique pas s'il bénéficie, actuellement, d'une couverture du salaire en cas de maladie. Si tel est le cas, nous pouvons dire à Monsieur M. qu'il ne pourra pas la maintenir après le 1er septembre 1997. D'une part, il a atteint l'âge légal lui permettant

d'être assuré. D'autre part, nous savons qu'il ne réalisera plus de salaire immédiatement après sa mise à la retraite. Dans l'assurance-chômage, enfin, il ne peut faire valoir aucun droit à l'indemnisation, du fait qu'il a atteint l'âge AVS.
Si Monsieur M. accomplit, par la suite, quelques activités rémunérées, il pourra, sans aucun doute, toucher sa rente AVS. Dans ce régime de la sécurité sociale, c'est le fait d'atteindre un âge donné (65 ans pour les hommes) qui donne droit à la rente. En revanche, Monsieur M. devra verser des cotisations (AVS-AI-APG) sur une partie du revenu réalisé. Selon les dispositions en vigueur, la somme mensuelle de fr. 1400.- par mois (fr. 16800.- par année) est exonérée de l'obligation de cotiser. Si Monsieur M. exerce plusieurs petites activités, chaque rémunération de ces activités bénéficie de l'exonération en question. Dans l'asurance-chômage, aucune cotisation ne sera due.
La protection en cas de maladie restera la même pour les soins médico-pharmaceutiques. Qu'en est-il de la couverture du salaire? En principe, elle ne sera pas accordée, car Monsieur M. est en âge AVS. En revanche, si Monsieur M. exerce une activité comme salarié, il pourra bénéficier d'une protection contre l'accident par la LAA. Cette branche d'assurance sociale ne connaît, en effet, aucune limite d'âge.

Quand l'épouse est plus jeune que le mari rentier

La question **Monsieur W. est né le 12 septembre 1932. Comme il approche du jour de sa retraite (septembre 1997), il désire connaître ses droits. Il sait que l'AVS a été modifiée et il a entendu toutes sortes de commentaires qui l'ont laissé perplexe. En particulier, il aimerait savoir s'il pourra bénéficier d'une rente complémentaire pour son épouse, née le 24 juillet 1948. Est-il exact que cette rente est supprimée ? Si oui, pourquoi? Un de ses anciens collègues de travail, actuellement retraité, vient de lui dire qu'il touche une telle rente pour sa femme. Comment est-ce possible?**

Dans le système en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996, l'homme âgé de 65 ans (donc bénéficiaire d'une rente AVS) pouvait également recevoir une rente complémentaire si son épouse était âgée de 55 ans ou plus. Cette rente était égale à 30 % de la rente de vieillesse versée au retraité. Cette prestation remontait, en fait, aux origines de l'AVS (1948) et elle était destinée à compenser, partiellement, les frais d'entretien d'une épouse qui n'avait pas encore atteint l'âge AVS (62 ans), mais avait dépassé un âge limite. On peut relever que cet âge s'est modifié dans le temps. Il était de 45 ans jusqu'à la 9e révision de l'AVS (1979). Il a été relevé, ensuite, jusqu'à 55 ans.
La 10e révision de l'AVS a apporté un grand nombre de changements, notamment en ce qui concerne l'égalité de traitement (rente individuelle, partage des revenus, rente de veuf, notamment) et la reconnaissance des tâches éducatives ou d'assistance (par le système des bonifications). Dans ce contexte, la rente complémentaire ne se justifie plus. Pour atténuer la rigueur du changement, on a prévu une suppression échelonnée dans le temps. Ainsi, l'âge sera relevé chaque année d'un an et la rente complémentaire sera définitivement supprimée en 2004. En d'autres termes, l'homme retraité qui a une

femme née en 1941 (ou avant) bénéficiera encore d'une rente complémentaire pour son épouse. Le montant est fonction de la rente versée au mari. Il se situe, en 1997, entre fr. 299.- et fr. 597.-. En revanche, l'homme retraité qui a une femme plus jeune (née en 1942 ou après) ne bénéficiera plus de cette rente.

Monsieur W. ne pourra pas prétendre à la rente complémentaire pour épouse. En effet, cette dernière, née en 1948, est trop jeune pour ouvrir un tel droit. On peut faire remarquer à Monsieur W. que ce n'est pas la 10e révision qui le pénalise. Même dans l'ancien système, il n'aurait pas touché la rente complémentaire, car son épouse n'aura pas 55 ans au moment où il atteindra l'âge de la retraite.

Quant à l'ancien collègue de travail de Monsieur W., il continuera à toucher la rente complémentaire, jusqu'à ce que son épouse ait atteint, elle-même, l'âge AVS. La 10e révision n'a, en effet, pas abrogé les droits existants.

Enfin, il convient de préciser que la rente complémentaire n'a pas été supprimée dans l'assurance-invalidité. Elle est même versée à toutes les personnes invalides pour leur conjoint, à condition qu'elles aient exercé une activité lucrative immédiatement avant le début de l'incapacité de travail.

Elle veut sa rente propre avant 2001

La question **Madame V. est âgée de 74 ans. Son mari a 75 ans. Depuis 10 ans, ils reçoivent une rente pour couple. Cette rente n'est pas élevée, car Monsieur V. est un ressortissant étranger. Arrivé en Suisse à l'âge de 41 ans, il a épousé Madame V. lorsqu'il avait 44 ans. En 1987, la caisse de compensation avait expliqué aux époux qu'ils n'avaient pas droit à une rente entière, car Monsieur V. n'avait pas une durée de cotisations complète en Suisse. Madame V. n'avait pas bien compris le système. Elle-même Suissesse, elle n'avait jamais quitté le territoire suisse et avait cru être correctement assurée. Récemment, Madame V. a entendu parler d'une nouvelle loi qui lui permettrait d'obtenir un montant supérieur chaque mois. Elle aimerait savoir si c'est exact. Qu'est-ce qui a changé? Que pourraient-ils faire dans l'immédiat?**

Madame V., Suissesse, a épousé un étranger qui n'a pas accompli de carrière complète de cotisant AVS en Suisse. Or, selon le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996, la rente qui revenait aux époux était calculée sur les années de cotisations du mari et correspondait à 150 % de la rente simple revenant à ce dernier. En d'autres termes, la rente de couple n'était, en pareille hypothèse, que partielle. Telle est bien la situation actuelle des époux V.
Les renseignements obtenus par Madame V. sont exacts. Le 1er janvier 1997, la 10e révision de l'assurance vieillesse et survivants (AVS) est entrée en vigueur. Entre autres modifications, cette révision prévoit le versement de deux rentes individuelles, avec un « plafond » fixé à fr. 2985.- (150 % de la rente maximale). Ainsi, les lacunes de cotisations d'un conjoint ne « pénalisent » plus l'autre conjoint. Sous l'angle de l'égalité de traitement, la 10e révision de l'AVS a donc apporté une amélioration notoire.

Cette partie de la révision s'applique-t-elle aux époux V. ? En principe, la révision de l'AVS ne s'applique qu'aux nouveaux rentiers : ceux qui atteignent l'âge de 62 ans (femmes) ou 65 ans (hommes) en 1997. Pour les couples mariés, le calcul de la rente individuelle tenant compte du « splitting » (partage des revenus durant le mariage) et des bonifications pour tâches éducatives n'est opéré que si les deux conjoints ont atteint l'âge de la retraite.

Qu'en est-il des personnes qui touchaient déjà une rente au 31 décembre 1996 ? Selon le nouveau régime, elles doivent attendre l'an 2001 pour que leur rente soit à nouveau calculée. En principe donc, Madame V. devrait patienter encore plus de trois ans. Tel n'est pourtant pas le cas. D'après les nouvelles dispositions en vigueur, Madame V. peut demander, maintenant déjà, un nouveau calcul de la rente. Ce dernier permettra, notamment, de tenir compte du fait que Madame V. n'a aucune lacune de cotisation, selon ses dires. Chaque conjoint touchera donc la rente qui correspond au montant des revenus réalisés et aux années de cotisations. Le total des deux rentes ne devra, cependant, pas dépasser la limite mentionnée précédemment (fr. 2985.-). Madame V. ne nous indique pas le montant actuellement perçu, et l'on ne peut déterminer avec exactitude quelle sera la nouvelle rente. Il est certain, cependant, que Madame V. touchera un montant individuel supérieur à la moitié de la rente de couple actuelle. Le nouveau calcul de la rente sera fait sur demande de Madame V. Il ne s'agit donc pas d'une opération automatique.

Le cas de Madame V. constitue l'une des circonstances dans lesquelles les actuels bénéficiaires de rentes AVS peuvent demander un nouveau calcul de rente. D'autres situations peuvent le justifier : le divorce, le décès du conjoint, le remariage, le fait d'avoir élevé des enfants en étant célibataire. Les personnes concernées peuvent donc s'adresser maintenant à leur caisse de compensation sans devoir attendre le délai fixé au 1er janvier 2001.

Quand la rente AVS ne suffit plus

La question

Madame V. est âgée de 72 ans. Elle est veuve depuis 5 ans. Elle touche une rente AVS et une petite rente du deuxième pilier (LPP). Jusqu'à ces dernières années, elle pouvait vivre sans grand problème, car elle disposait d'économies faites avant le décès de son mari. Maintenant, les économies sont presque épuisées. Madame V. est toujours en bonne santé. Néanmoins, elle est inquiète. Seule dans la vie, sans enfant, elle se demande comment elle pourra survivre lorsque ses économies seront définitivement épuisées. Elle croit savoir qu'il existe des prestations auxquelles elle pourrait avoir droit. Est-ce bien le cas ? Si oui, peut-elle les demander maintenant ou doit-elle attendre d'avoir épuisé ses économies ?

La situation de Madame V. permet d'aborder la question des prestations complémentaires. En 1965, ces prestations ont été intégrées au système suisse de la sécurité sociale. Ajoutées au montant de la rente versée par l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) ou l'assurance-invalidité (AI), ces prestations doivent, en principe, couvrir les besoins vitaux de la personne âgée ou de la personne invalide.

Le système des prestations complémentaires est fondé sur la condition du besoin. En d'autres termes, la personne concernée doit établir que ses revenus ne lui permettent pas de faire face à ses charges financières. Cependant, en dépit de leur caractère assistantiel, ces prestations sont liées à un droit. Cela signifie, notamment, que ces prestations ne sont pas remboursables.

Madame V. peut-elle faire valoir un tel droit ? Nous n'avons pas assez de précisions relatives à ses revenus. Nous pouvons, cependant, fournir les éléments d'information suivants :

La limite des revenus ouvrant le droit aux prestations complémentaire est fixée à fr. 17090.- par année pour une personne seule. Depuis

le 1er janvier 1998, suite à l'entrée en vigueur d'une révision, cette limite de revenu porte le nom de « montant destiné à la couverture des besoins vitaux ». Madame V. devra donc établir que ses revenus sont inférieurs à la limite prescrite. Mais que sont les revenus ? Tout d'abord, la rente AVS et la rente vieillesse LPP. Ensuite, un dixième de sa fortune (économies), pour autant qu'elle soit supérieure à fr. 25000.-. Madame V. ne doit donc pas nécessairement attendre que ses réserves financières personnelles soient épuisées.

Quel est le montant de la prestation ? Ce montant n'est pas fixe. L'administration le détermine après avoir établi l'ensemble des charges revenant à l'assuré, notamment le loyer. Un progrès important a été fait avec la révision des PC, puisque c'est désormais le loyer brut qui est pris en considération. La différence entre les charges et les revenus constitue le montant de la prestation complémentaire. Cette dernière est versée chaque mois. À cela s'ajoute le remboursement ponctuel des frais de maladie et d'invalidité. Le montant de ce remboursement ne dépend pas du montant de la prestation complémentaire versée mensuellement.

On relèvera, enfin, que les cantons disposent d'une compétence propre en la matière. Ils peuvent, en effet, verser des prestations supplémentaires qui relèvent le niveau de vie des bénéficiaires. Il peut donc exister des différences, entre cantons, dans la couverture des besoins vitaux pour les personnes âgées ou invalides.

ASSURANCE-INVALIDITÉ

Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)
du 19 juin 1959
(entrée en vigueur le 1er janvier 1960)

La Loi fédérale sur l'assurance-invalidité couvre les mêmes personnes que l'assurance-vieillesse et survivants, tant pour l'assurance obligatoire que pour l'assurance facultative.
Le régime de l'assurance-invalidité est fondé sur le principe : la réadaptation prime la rente. Cette dernière est donc versée au moment où l'incapacité de gain est avérée, selon les taux fixés par la Loi fédérale, et dans la mesure où les mesures de réadaptation ne peuvent améliorer la capacité de gain.
L'assurance-invalidité prend en charge les cas d'infirmité congénitale et rembourse les frais de traitement sans égard à la capacité de gain ultérieure de la jeune personne invalide.
Au titre des mesures de réadaptation, l'assurance-invalidité prend en charge les traitements médicaux susceptibles de rétablir la capacité de gain.
Le droit à la rente est ouvert pour autant que l'assuré puisse attester une année de cotisations au régime. Cette règle est valable tant pour les ressortissants suisses que pour les ressortissants étrangers (depuis l'entrée en vigueur de la 10e révision AVS).
Le montant de la rente est identique à celui de la rente AVS : de fr. 995.- à fr. 1990.- pour une invalidité supérieure à 66 2/3 % et pour une rente entière (sans lacune de cotisation). Les améliorations de la 10e révision AVS sont également applicables au régime de l'assurance-invalidité. La règle est cependant tempérée par le fait que le splitting est appliqué au deuxième cas d'assurance seulement, à

savoir si les deux époux sont invalides, ou si l'un d'eux est bénéficiaire de la rente AVS.
Les rentes d'invalidité versées par l'assurance-accidents ou la prévoyance professionnelle se cumulent, le cas échéant, avec la rente de l'assurance-invalidité, sous réserve de la surassurance.
La rente complémentaire est versée, depuis le 1er janvier 1997, à chaque conjoint qui exerçait une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité.
L'assurance-invalidité prend également en charge certains moyens auxiliaires. Ces derniers diffèrent selon que l'assuré est capable de réaliser un gain ou non. Le droit aux moyens auxiliaires remboursés lors du passage à l'AVS est maintenu (garantie des droits acquis).
Des allocations pour impotents sont versées. Leur montant varie en fonction du degré de gravité. Le passage dans l'AVS n'altère pas le droit reconnu dans l'assurance-invalidité.
Tout comme dans l'AVS, la rente AI est augmentée d'une prestation complémentaire pour permettre, à la personne invalide, d'avoir ses besoins vitaux couverts. Cette prestation doit être demandée par l'assuré.

Pour aller plus loin :

a) grand public

Mémento AI diffusé par le Centre d'information AVS (voir ci-dessus; AVS)

b) personnes intéressées, professionnels

Michel VALTERIO : Droit et pratique de l'assurance-invalidité, Les prestations, Éd . Réalités sociales, Lausanne, 1985.

Vade-mecum des rentes, Association des caisses de compensation professionnelles, Zurich, 1998.

J.P. Beausoleil : La prévoyance professionnelle : le premier pilier AVS/AI (1re partie), Université de Genève, 1996.

Le bébé ne sera pas couvert par l'AI

La question **Madame T., qui est établie à Genève depuis 10 ans, est enceinte de sept mois. Son époux travaille dans une organisation internationale. Bien que sa grossesse se déroule dans les meilleures conditions possibles, Madame T. s'interroge sur la protection sociale de son enfant. En raison de sa profession, son époux n'est pas couvert par l'assurance-invalidité fédérale. Il en va de même pour elle. Que se passerait-il donc si son enfant devait, malheureusement, avoir des handicaps à la naissance et par la suite ? La caisse-maladie pourrait-elle faire mettre des réserves ? Madame T. devrait-elle assurer l'enfant avant la naissance ?**

L'assurance-invalidité, comme l'assurance-vieillesse et survivants, couvre, en principe, toute la population (domiciliée et/ou professionnellement active en Suisse). Cette règle est assortie de quelques exceptions concernant, notamment, les fonctionnaires internationaux et les personnes affiliées à une institution étrangère. Tel est le cas des époux T.

Est-ce que cette situation peut poser problème ? Oui, dans la mesure où il existe, alors, une véritable lacune dans la protection sociale. L'assurance-invalidité fédérale, qui est essentiellement connue pour les prestations versées aux adultes (rentes, mesures de réadaptation), prend également en charge les frais de traitement de certaines affections existant à la naissance ou se déclarant dans un délai prescrit. Ces affections, qui portent le nom d'« infirmités congénitales », figurent dans une Ordonnance fédérale. Cette dernière fixe toutes les conditions nécessaires pour que l'assurance-invalidité soit tenue d'intervenir. Par exemple, un « pied plat » sera considéré comme infirmité congénitale si une opération ou un traitement par appareil

plâtré s'avère nécessaire. Une fois reconnue comme infirmité congénitale, l'affection en question donne droit au remboursement des frais de traitement jusqu'à l'âge de 20 ans.

Privé d'assurance-invalidité, l'enfant T. serait-il dépourvu de toute protection sociale ? Non. Si ces parents sont assurés à titre obligatoire, et dans la mesure où il est domicilié en Suisse, l'enfant T. bénéficiera de la couverture de l'assurance-maladie. Et ce, même s'il est, à la naissance, malade ou atteint d'une infirmité congénitale. L'entrée en vigueur de la nouvelle Loi fédérale sur l'assurance-maladie a considérablement amélioré la situation. D'une part, elle a rendu obligatoire la couverture des soins de santé, levant ainsi la possibilité, pour les assureurs-maladie, de mettre des réserves. D'autre part, la Loi fédérale donne des précisions en ce qui concerne les infirmités congénitales. Elle prévoit, en effet, que les assureurs-maladie doivent garantir les mêmes prestations qu'en cas de maladie lorsque l'infirmité congénitale n'est pas couverte par l'assurance-invalidité.

Certes, l'assureur-maladie n'est pas tenu de prendre en charge les mêmes prestations que l'assurance-invalidité. Il convient de souligner, cependant, le progrès considérable réalisé avec l'entrée en vigueur de la nouvelle Loi fédérale. Il convient, également, de préciser que des améliorations ont été apportées, notamment par le biais d'une Ordonnance fédérale, en ce qui concerne la prise en charge des traitements dentaires en cas d'infirmités congénitales.

Madame T. peut donc être pleinement rassurée. Devrait-elle entreprendre des démarches particulières auprès de l'assureur-maladie avant la naissance de son enfant ? Cela n'est pas nécessaire. Le système étant obligatoire, aucun assureur ne pourra refuser d'assurer l'enfant T., quel que soit son état de santé, à la naissance et par la suite. Le système fédéral en vigueur prévoit, de surcroît, que les parents ont un délai de trois mois pour annoncer leur enfant auprès d'un assureur de leur choix.

Il doit se faire opérer de la cataracte

La question **Monsieur D. est assuré auprès d'une caisse-maladie pour la couverture des soins de base et, depuis deux ans, pour une couverture complémentaire en cas d'hospitalisation. Selon l'avis de son ophtalmologue, Monsieur D. doit subir, prochainement, une opération de la cataracte. Il s'est adressé à sa caisse-maladie pour annoncer l'hospitalisation et vérifier la couverture qui lui serait accordée, alors. La caisse l'a informé que l'opération de la cataracte doit être prise en charge par l'assurance-invalidité. Monsieur D. se demande si cette information est exacte et quelles seraient, alors, les prestations versées par l'assurance-invalidité. Pourrait-il être hospitalisé dans une clinique privée?**

L'information donnée par la caisse-maladie est correcte dans son principe. Selon le système suisse de sécurité sociale, les soins de santé sont pris en charge par le régime de l'assurance-maladie pour autant qu'il s'agisse bien d'une maladie (et non d'un accident), et qu'aucun régime spécial ne soit appelé à intervenir (par exemple, l'assurance militaire ou l'assurance-invalidité).

Pourquoi donc l'assurance-invalidité devrait-elle rembourser certains traitements qui concernent, a priori, une maladie? Un des buts de l'assurance-invalidité est de permettre la réintégration professionnelle et sociale de personnes atteintes dans leur capacité de gain. Un traitement médical peut s'inscrire dans cette optique s'il permet à l'assuré d'augmenter ses chances de réinsertion, ou d'éviter une diminution de sa capacité de gain. Inversement, l'assurance-invalidité ne remboursera jamais une mesure médicale qui vise le traitement de l'affection comme telle. C'est donc le critère de la réinsertion (capacité de gain) qui permet de répartir les charges entre l'assurance-invalidité et l'assurance-maladie.

Cette règle est appliquée avec plus de souplesse pour les assurés mineurs. On considère, en effet, qu'une intervention précoce peut avoir une influence positive importante sur la réadaptation professionnelle ultérieure. Ainsi, même s'il s'agit du traitement d'une affection évolutive, l'assurance-invalidité est concernée, à ce stade déjà.

Il faut bien reconnaître que les notions juridiques utilisées, et précisées par le Tribunal fédéral des assurances, ne sont pas particulièrement simples pour un non spécialiste. En ce qui concerne l'opération de la cataracte, on peut retenir qu'il s'agit, en principe, d'une intervention à charge de l'assurance-invalidité, car elle est de nature à influencer la capacité de gain ultérieure. Monsieur D. a donc été correctement renseigné.

En revanche, il ne pourra pas demander, à l'assurance-invalidité, de lui rembourser l'hospitalisation en clinique privée. Cette assurance va couvrir les frais d'une prise en charge en salle commune. S'il souhaite se faire hospitaliser en chambre privée, Monsieur D. devra vérifier, au préalable, si l'assurance complémentaire conclue auprès de sa caisse-maladie est tenue d'intervenir en pareille hypothèse et dans l'établissement retenu.

Elle est femme au foyer et invalide

La question

Madame F. a travaillé comme secrétaire, dès l'âge de 18 ans. Mariée en 1980, elle a poursuivi son activité lucrative jusqu'à la naissance de son premier enfant. Elle a, alors, réduit son activité lucrative, puis l'a arrêtée définitivement en 1986. Il y a une année, elle a commencé à souffrir d'une maladie qui a entraîné une aggravation régulière de son état de santé. Les perspectives ne sont pas réjouissantes. Son médecin traitant l'a informée, lors du dernier rendez-vous, qu'elle devrait s'annoncer à l'assurance-invalidité. Madame F. est désemparée. Elle a dû engager une personne à temps partiel, pour la seconder dans les travaux de ménage et dans l'encadrement des enfants. Que peut-elle attendre des assurances sociales? L'assurance-invalidité va-t-elle intervenir, même si elle est « femme au foyer » et qu'elle n'a pas payé de cotisation depuis 1986? Et les frais annexes, quelle assurance va les prendre en charge?

Le fait que Madame F. soit une femme au foyer ne signifie pas qu'elle sera dépourvue de droits dans l'assurance-invalidité. En effet, cette assurance verse également des prestations aux personnes qui n'exercent aucune activité lucrative et dont on ne peut attendre qu'elles exercent une telle activité après la survenance de l'invalidité. La Loi fédérale pose un certain nombre de conditions pour le versement d'une rente, notamment le paiement de cotisations durant un an. Pour Madame F., ces conditions sont remplies, puisqu'elle a travaillé avant son mariage. Durant les années de mariage passées au foyer, elle n'a pas pu payer de cotisation. Elle ne sera pas pénalisée pour autant : son droit reste entier.

En revanche, le fait que Madame F. soit gravement malade ne signifie pas encore que l'assurance-invalidité la reconnaîtra comme invalide.

Pour cela, il faudra encore établir que Madame F. est incapable d'accomplir les travaux habituels d'une ménagère. Concrètement, une personne viendra établir la liste des travaux que Madame F. ne peut plus effectuer. On déterminera, ainsi, le taux d'invalidité. Le montant de la rente est fonction du taux retenu : un quart de rente pour un taux allant de 40 % à 50 % ; une demi-rente pour un taux allant de 50 % à 66 2/3 % ; la rente entière pour un taux supérieur à 66 2/3 %. Depuis le 1er janvier 1997, le montant s'élève à fr. 995.-. Dans le cas de Madame F., il conviendra d'examiner encore si les revenus réalisés exercent une influence sur le montant de la rente mentionnée. Enfin, Madame F. pourra faire valoir un droit aux rentes complémentaires pour enfants, étant donné qu'aucun de ses enfants n'a atteint l'âge de 18 ans.

Quant aux frais relatifs à l'entretien du ménage et à l'encadrement des enfants, ils ne peuvent être pris en charge par les assurances sociales. Madame F. aurait pu contracter une assurance « perte de gain » auprès d'une caisse-maladie. Elle aurait eu, alors, une couverture limitée selon les statuts de la caisse (fr. 30.- par jour, p. ex.), mais garantie durant 720 jours. Comme elle ne l'a pas fait avant d'être malade, elle ne peut plus prétendre à une couverture maintenant. Seule l'assurance-invalidité entrera en ligne de compte.

Il est invalide, marié et père de famille

La question

Monsieur T. a travaillé, comme manœuvre, durant 39 ans. En raison d'une maladie chronique évolutive grave, il a dû réduire son activité professionnelle, puis y renoncer totalement. Monsieur T. a une femme âgée de 57 ans et deux enfants majeurs, tous les deux mariés. Depuis le 1er octobre 1996, son invalidité est évaluée à 90 %. Il reçoit une rente entière et une rente pour son épouse. Il a appris, récemment, que cette rente complémentaire serait supprimée. Est-ce bien exact ? Ce changement aurait des incidences importantes pour le couple. Monsieur T. désire donc savoir si les renseignements qu'il a obtenus sont exacts et dans quel délai le changement va-t-il intervenir?

Monsieur T. peut être pleinement rassuré. Sa situation ne va subir aucune modification. Selon le droit fédéral en vigueur, Monsieur T. est en droit de recevoir une rente complémentaire pour son épouse, étant donné que cette dernière n'a pas encore atteint l'âge AVS. Ce complément de rente prend en considération, théoriquement, l'obligation d'entretien de l'épouse.

Les renseignements que Monsieur T. a obtenus concernent le régime de l'AVS. En effet, la 10e révision de l'AVS a supprimé le droit à la rente complémentaire pour épouse. Cette suppression interviendra, cependant, par paliers successifs, jusqu'en 2004. En revanche, la 10e révision réserve les droits acquis. Cela signifie que les hommes bénéficiant d'une rente complémentaire pour leur épouse conservent ce droit, jusqu'à ce que leur épouse atteigne l'âge de la retraite.

Dans l'assurance-invalidité, en revanche, le droit à la rente complémentaire est non seulement maintenu, mais il est redéfini pour tenir compte de l'égalité de traitement. Ainsi, chaque personne invalide peut bénéficier d'une rente complémentaire pour conjoint, pour

autant qu'elle ait exercé une activité lucrative immédiatement avant le début de l'incapacité de travail, et à condition que le conjoint puisse justifier d'une année de cotisation ou ait son domicile (ou sa résidence) habituel en Suisse.
Monsieur T. a certainement obtenu des renseignements de la part de personnes qui faisaient référence au projet de la 4e révision de l'assurance-invalidité. Ce projet contient, il est vrai, la suppression des rentes complémentaires dans l'assurance-invalidité. Cependant, le texte n'a pas encore été accepté par le Parlement. À l'issue des travaux, et après le vote de la loi révisée, le peuple disposera encore du référendum.
Enfin, on peut faire remarquer à Monsieur T. qu'il ne serait très certainement pas concerné par cette révision, car on appliquerait, alors, le principe des « droits acquis », comme on l'a fait dans l'AVS. Cela signifie que la révision de la Loi fédérale ne toucherait pas les personnes bénéficiant déjà de cette rente complémentaire. L'inquiétude n'est donc pas de mise pour Monsieur T.

Elle est invalide, mariée et mère de famille

La question **Madame F, âgée de 53 ans, souffre d'une atteinte à la santé qui l'a progressivement rendue invalide. Depuis le 1er novembre 1997, elle touche une rente entière de l'assurance-invalidité. Après son mariage, Madame F. avait exercé une activité lucrative pendant quelques années, avant de se consacrer à sa famille (2 enfants). Monsieur F., âgé de 56 ans, exerce une activité à titre d'indépendant. Il connaît quelques difficultés financières. Madame F. souhaiterait recevoir des précisions quant au montant de sa rente. En discutant, récemment, avec une connaissance qui est également invalide, elle a appris que cette dernière touchait des « suppléments de rente » pour son mari et les enfants. Madame F., elle, ne reçoit rien de tout cela. Pourquoi donc? La caisse s'est-elle trompée?**

La caisse ne s'est, certainement, pas trompée. Néanmoins, les conditions posées pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance-invalidité sont complexes et méritent quelques explications.

S'agissant du « supplément de rente » relatif au conjoint, on peut préciser ceci. Jusqu'au 31 décembre 1996, seuls les hommes invalides mariés avaient droit à une « rente complémentaire » pour épouse. Depuis le 1er janvier 1997, le droit à la rente complémentaire a été étendu aux femmes également. On a, ainsi, réalisé l'égalité de traitement. En revanche, on a précisé, dans la Loi fédérale, que cette rente complémentaire ne serait versée qu'aux conjoints qui exerçaient une activité lucrative immédiatement avant la survenance de l'invalidité. Ainsi, les femmes, comme Madame F., qui ont consacré des années au foyer, et qui s'y trouvaient au moment où l'invalidité est survenue, ne peuvent prétendre à cette prestation. On peut donc en déduire que la personne dont nous parle Madame F. exerçait une activité lucrative

avant de percevoir la rente d'invalidité (une activité à temps partiel peut suffire).

Qu'en est-il des enfants ? La Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) prévoit, effectivement, le versement de rentes pour enfants. Une limite d'âge est, cependant, posée. Les enfants ne doivent pas avoir dépassé l'âge de 18 ans (25 ans, en cas d'études). C'est la limite d'âge retenue, dans l'AVS, pour le versement de la rente d'orphelin. De toute évidence, les enfants de Madame F. ont dépassé l'âge prescrit.

Cela ne signifie pas, pour autant, que l'existence de ces enfants n'a pas influencé le calcul de la rente versée à Madame F. par l'assurance-invalidité. En effet, l'entrée en vigueur de la 10e révision AVS a entraîné quelques modifications dans le régime de l'assurance-invalidité également. C'est ainsi que, pour le calcul de la rente qui revient à une femme mariée, mère de famille, on prend en considération les « bonifications pour tâches éducatives » prévues dans l'AVS. Plus précisément, on ajoute une sorte de revenus fictifs pour les années d'éducation (depuis l'année de naissance du premier enfant jusqu'à l'année où le dernier enfant a 16 ans). Comme Madame F. est mariée, cette bonification a été partagée en deux (l'autre moitié reviendra à son époux, notamment pour le calcul de la rente AVS). Ainsi, le fait d'avoir eu deux enfants a favorablement influencé le montant de la rente d'invalidité que touche Madame F.

Madame F. a passé de nombreuses années au foyer, sans revenus. On pourrait se demander si une partie des revenus réalisés par son époux durant toutes ces années ne pourrait pas intervenir dans le calcul de sa rente d'invalidité. En d'autres termes, applique-t-on le système retenu par l'AVS : le partage des revenus, connu sous le nom de « splitting » ? La réponse est négative. La rente d'invalidité, pour des femmes comme Madame F., est calculée sur les seuls revenus (en l'occurrence, ceux réalisés au début du mariage). Le « splitting » serait effectué dans l'hypothèse où Monsieur F. serait en âge AVS (ce qui n'est pas le cas) ou serait lui-même invalide (ce qui n'est pas non plus réalisé).

On peut donc conclure que le mode de calcul de la rente est correct, tout en soulignant que, pour les femmes au foyer, les améliorations de la 10e révision de l'AVS ne sont pas complètes dans l'assurance-invalidité.

Gravement handicapé de la vue et bientôt rentier

La question **Monsieur Y., âgé de 64 ans, est au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis l'âge de 57 ans. Gravement handicapé de la vue, il a besoin de lunettes-loupe spéciales pour la lecture. C'est l'assurance-invalidité qui prend ces lunettes en charge. L'âge de la retraite approchant, Monsieur Y. se demande s'il aura encore droit à ce moyen auxiliaire lorsqu'il touchera sa rente AVS. Ce point est important pour lui, car ses moyens financiers sont limités. Monsieur Y. souhaiterait donc connaître ses droits.**

Dans le système suisse de la sécurité sociale, l'assurance-invalidité prend en charge des moyens auxiliaires dont l'assuré a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels (travaux ménagers, par exemple), étudier ou apprendre un métier. Ces moyens auxiliaires peuvent également permettre à l'assuré de se déplacer, d'établir des contacts avec son entourage ou de développer son autonomie personnelle. Tous les moyens auxiliaires ne sont, cependant, pas pris intégralement en charge. D'une part, ils font l'objet d'une liste figurant dans une Ordonnance fédérale. D'autre part, certains d'entre eux sont soumis à des conditions particulières. Ainsi, les lunettes ne sont prises en charge que si elles sont un complément important à des mesures médicales de réadaptation prises en charge par l'assurance-invalidité (p. ex. : des lunettes prescrites suite à une opération de la cataracte). Monsieur Y. bénéficie de lunettes-loupe. Ces dernières sont remboursées dans la mesure où l'assuré, gravement handicapé de la vue, ne peut lire que par ce moyen. C'est donc un support essentiel dans la vie de Monsieur Y. Que se passera-t-il lorsqu'il atteindra l'âge de la retraite (65 ans)?
La question est importante. Selon une règle de notre système juridique, on ne peut être à la fois invalide et âgé. En d'autres termes, les prestations de l'AVS et de l'AI ne se cumulent pas. L'assurance-

vieillesse et survivants prévoit, également, la prise en charge de moyens auxiliaires pour les personnes bénéficiaires de rentes. Ces moyens doivent permettre à la personne concernée de se déplacer, d'établir des contacts avec son entourage ou de développer son autonomie personnelle. Le volet « réintégration professionnelle » n'existe plus. De ce fait, la liste des moyens auxiliaires de l'AVS est plus restrictive que celle de l'AI et les conditions fixées sont plus sévères. Qu'en est-il des lunettes-loupe ? Elles figurent dans la liste de l'AVS. Il est, toutefois, précisé que la prestation peut être revendiquée tous les cinq ans au maximum. Pour être précis, on peut indiquer à Monsieur Y. qu'il continuera à bénéficier de ces lunettes spéciales aux conditions fixées dans l'assurance-invalidité. Pourquoi ? Parce qu'une disposition de l'Ordonnance fédérale pose le principe des « droits acquis » dans l'assurance-invalidité, pour autant que toutes les conditions posées dans cette assurance soient encore remplies après le passage à la retraite.
Monsieur Y. peut donc être pleinement rassuré. Le fait d'avoir 65 ans ne lui fera perdre aucun droit. On peut même ajouter qu'il en irait de même, à certaines conditions, s'il bénéficiait d'un moyen auxiliaire ne figurant pas dans la liste AVS. En revanche, si le moyen auxiliaire s'avère nécessaire après l'âge de la retraite, c'est la seule liste des moyens auxiliaires de l'AVS qui est déterminante.

Quand l'invalidité rend dépendant

La question **Monsieur W., âgé de 64 ans, a dû mettre fin à son activité professionnelle depuis de nombreuses années, en raison d'une grave maladie chronique. Il touche une rente AI depuis le 1er septembre 1985. Son état de santé s'étant détérioré, il a dû recourir à l'aide d'une personne extérieure pour continuer à vivre dans son appartement. Depuis le 1er juillet 1992, Monsieur W. reçoit, de l'assurance-invalidité, un « complément de rente » correspondant à fr. 485.- par mois. L'année prochaine, Monsieur W. atteindra l'âge de la retraite. Il aimerait savoir si l'AVS lui versera encore ce montant. Monsieur W. est inquiet à l'idée de perdre, éventuellement, cette prestation.**

Monsieur W. peut être pleinement rassuré : il ne perdra pas son droit au « complément de rente ». En fait, ce complément s'appelle « allocation pour impotent » dans le droit fédéral. C'est une prestation qui s'ajoute, effectivement, à la rente AI (ou à la rente AVS) et qui pourrait être qualifiée de prestation pour dépendance. Pourquoi? L'allocation pour impotent vise à compenser les frais qui sont occasionnés par l'infirmité : nécessité de recourir à l'aide de tiers, besoin d'une surveillance personnelle ou de soins constants.

L'assurance-invalidité définit trois degrés d'impotence : faible, moyenne, grave. Le degré est évalué sur la base de critères contenus dans la loi et le règlement. Le montant versé correspond à un pourcentage de la rente simple AI. Depuis le 1er janvier 1997, cela représente, par mois : fr. 199.- (pour une impotence faible), fr. 498.- (pour une impotence moyenne), fr. 796.- (pour une impotence grave). Compte tenu du montant qu'il nous a indiqué (valable pour 1996), Monsieur W. touche une allocation pour impotent de degré moyen.

Que va-t-il se passer lorsque Monsieur W. atteindra l'âge de la retraite? Selon les règles du droit fédéral, la rente de vieillesse (AVS)

va remplacer la rente d'invalidité (AI). L'allocation pour impotent sera toujours versée, mais par l'AVS. Monsieur W., comme tous les invalides, bénéficie d'un droit acquis. En d'autres termes, le passage de l'assurance-invalidité à l'assurance-vieillesse et survivants ne peut pas entraîner de perte quant à la protection accordée. Cette règle s'appliquerait également si Monsieur W. touchait une allocation de degré faible à l'heure actuelle.

En revanche, lorsque la personne devient dépendante après l'âge de la retraite, elle ne peut demander une allocation que si l'impotence est de degré moyen ou grave. Une faible dépendance ne donne pas droit à une prestation dans le régime de l'AVS. On peut relever que les travaux de la 10e révision AVS ont apporté une amélioration sensible en la matière. Jusqu'au 1er janvier 1993, en effet, seule l'allocation pour impotence grave était versée. La personne en âge AVS devait donc être totalement dépendante de son entourage pour bénéficier de cette prestation supplémentaire. Par arrêté fédéral anticipant la 10 révision AVS, on a introduit l'allocation pour une impotence de degré moyen, afin de permettre aux retraités concernés de rester le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel. Cette disposition a été reprise dans le nouveau texte de loi qui est entré en vigueur, le 1er janvier 1997.

Quand trois risques sociaux se réalisent

La question

Madame C., âgée de 58 ans, a perdu son mari en 1989. Elle exerçait, à ce moment-là, une activité lucrative. Selon la réglementation en vigueur, l'AVS lui a versé une rente de veuve. En 1996, Madame C. a perdu son emploi, alors qu'elle commençait à souffrir d'une maladie qui a conduit à l'invalidité. Madame C. vient d'apprendre que l'AI lui verse une rente (rétroactive), mais que sa rente de veuve sera supprimée. Par ailleurs, l'AI va rembourser une partie du montant à l'assurance-chômage qui a indemnisé Madame C. dans la période séparant la fin du contrat de travail et l'octroi de la rente AI. Madame C. est inquiète. Peut-on, ainsi, supprimer une rente? Le remboursement à l'assurance-chômage est-il légal?

Les systèmes de sécurité sociale en vigueur couvrent un certain nombre de risques sociaux, dont le décès du conjoint, le chômage et l'invalidité. Lorsque le risque se réalise, il convient de consulter la Loi fédérale applicable pour vérifier si les conditions d'octroi des prestations sont remplies, et connaître le montant de ces prestations. Veuve depuis neuf ans, Madame C. touche une rente en vertu de la Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants.

Madame C. vient d'être reconnue invalide au sens de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité. On se trouve donc en présence d'un cumul de risques. Madame C. peut-elle toucher la rente de veuve et la rente d'invalidité? La réponse est négative. Seul le droit à la rente d'invalidité est, désormais, ouvert. Le droit à la rente de veuve s'éteint.

Cependant, pour tenir compte de cette situation particulière, la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité prévoit que la rente versée à une veuve devenant invalide sera une rente entière. Le montant de la rente AI peut donc être supérieur à celui de la rente AVS.

En ce qui concerne la situation dans l'assurance-chômage, les éléments de réponse suivants peuvent être apportés. En vertu du principe de la répartition des charges entre assurances sociales, l'assureur qui a fait une avance de prestations peut se faire rembourser lorsque l'assurance contrainte d'intervenir a rendu sa décision. Il faut, bien évidemment, que les périodes couvertes soient les mêmes. Cela se produit fréquemment avec l'assurance-invalidité, puisque le droit à la rente est souvent reconnu à titre rétroactif. Dans le cas de Madame C., l'assurance-invalidité est tenue de rembourser la caisse-chômage à concurrence des sommes payées par cette dernière, et dès la date où Madame C. est reconnue invalide. Pour que la caisse-chômage puisse faire valoir son droit à remboursement, il faut qu'elle ait informé l'assurance-invalidité, en temps utile. Si ces conditions sont remplies, Madame C. ne peut pas s'opposer à ce remboursement. On peut encore signaler à Madame C. que ce système permet d'éviter la surindemnisation. Il serait, en effet, profondément injuste qu'une personne cumule, pour la même période, des indemnités de chômage et une rente d'invalidité.

Quand l'assurance-invalidité est trop généreuse

La question

Monsieur L., âgé de 44 ans, est atteint d'une maladie qui a entraîné l'arrêt définitif de son activité lucrative. En vue de sa reconversion dans une autre profession adaptée à son problème de santé, l'assurance-invalidité a pris en charge différentes mesures, dont des mesures médicales. Durant la période de traitement, Monsieur L. a reçu des indemnités journalières versées par l'assurance-invalidité, selon la décision qui lui avait été envoyée. À l'issue de cette période, Monsieur L. a continué à percevoir les indemnités journalières de l'assurance-invalidité. Or, il vient de recevoir une lettre de cette assurance, lui demandant de rembourser la somme de fr. 4240.-, correspondant aux indemnités journalières versées à tort. L'assurance justifie sa position en invoquant la décision rendue, qui avait une portée limitée dans le temps. Monsieur L. ne comprend pas l'exigence de la caisse de compensation. Il pensait avoir droit à cet argent. Doit-il vraiment le rembourser? Si tel n'est pas le cas, que peut-il faire?

Le cas de Monsieur L. soulève la question délicate du remboursement de prestations versées à tort. Monsieur L. a reçu une décision conforme au droit et qu'il n'a pas contestée. À teneur de cette décision, le versement de l'indemnité journalière devait prendre fin avec la cessation des mesures médicales remboursées dans le cadre de l'assurance-invalidité. C'est donc à tort que la caisse a continué à verser les indemnités par la suite. L'erreur de l'administration peut-elle être opposée à Monsieur L. ?

La Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (qui renvoie à la Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants) prévoit que les prestations « indûment touchées » doivent être remboursées.

Les dispositions légales précisent, cependant, que la restitution ne peut pas être exigée lorsque l'assuré était de bonne foi. Qu'entend-on par cette expression, très importante en droit ? De manière simple et un peu schématique, on peut dire que l'assuré sera reconnu de bonne foi s'il n'avait pas conscience de l'irrégularité commise et si l'on peut admettre qu'il n'aurait pu détecter cette irrégularité en faisant preuve de l'attention nécessaire.
Cette condition risque de poser problème à Monsieur L. En effet, dans un cas semblable soumis à son examen, le Tribunal fédéral des assurances a déclaré que l'assuré ne peut être reconnu de bonne foi lorsqu'il continue à encaisser les indemnités journalières au-delà de la date fixée. Si Monsieur L. estime avoir des raisons lui permettant, malgré tout, d'invoquer la bonne foi, il peut, évidemment, recourir contre la décision de la caisse de compensation. Il devra suivre les voies de recours et le délai indiqués sur la décision.
Il convient encore de préciser un élément important. Lorsque la somme exigible est supérieure à la moitié de la rente simple annuelle (fr. 11 940.-), l'assuré doit encore prouver que le remboursement le mettrait dans une « situation difficile ». Cette situation est définie, dans l'Ordonnance fédérale, en regard d'une limite de revenus (celle qui est retenue dans la Loi fédérale sur les prestations complémentaires). En d'autres termes, si les revenus de l'assuré sont modestes, et s'il était de bonne foi au moment de l'encaissement des prestations, la somme versée à tort ne devra pas être remboursée à l'assurance.

ASSURANCE-CHÔMAGE

Loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI), du 25 juin 1982

(entrée en vigueur le 1er janvier 1984)
La Loi fédérale protège les travailleurs salariés qui ont perdu leur emploi et justifient, notamment, de 6 mois de cotisations.
Certaines circonstances peuvent exonérer l'assuré de l'obligation de cotiser (accomplissement d'études, maladie ou maternité, p. ex.). Par ailleurs, les périodes d'éducation comptent comme périodes de cotisations, pour autant que la personne concernée puisse attester que la reprise du travail répond à une nécessité économique.
Pour bénéficier des prestations, la personne au chômage doit être apte au placement. Cette notion recouvre plusieurs critères, dont la durée de la disponibilité envers le marché de l'emploi.
La personne au chômage doit, également, accepter tout travail convenable qui lui est proposé. La Loi fédérale définit le travail convenable de manière précise. Il peut impliquer un changement par rapport au travail accompli avant la résiliation du contrat de travail (p. ex. travail à domicile).
Les indemnités journalières sont fixées à 70 % ou 80 %, en fonction de critères légaux tels que l'âge ou la charge de famille. Cette dernière donne droit, dans l'assurance-chômage, au versement d'un supplément pour allocations familiales.
La personne au chômage peut être sanctionnée si son comportement a provoqué le chômage ou contribue au maintien de ce dernier.
Les chômeurs bénéficient encore d'une protection sociale lorsqu'ils touchent une indemnité journalière : la couverture de l'accident (par

la CNA), celle de l'invalidité et du décès (deuxième pilier), notamment. La couverture de l'indemnité de chômage en cas de maladie pose problème, en raison du caractère facultatif de cette branche d'assurance.

Pour aller plus loin :

a) grand public

Guide des droits et devoirs des chômeurs (D'après la Loi fédérale et la loi cantonale genevoise), Doris Gorgé, Éd . IES, Genève, 1997.

Complément d'information à l'indemnité de chômage : Prévoyance professionnelle des personnes au chômage selon la LACI et la LPP, valable dès le 1er juillet 1997, OFIAMT 716.201.f

b) personnes intéressées, professionnels

Revue Sécurité sociale, OFAS : numéro 5/1996 : L'assurance-chômage hier, aujourd'hui et demain

H.P. Pfitzmann : L'assurance-chômage et la coordination avec les autres assurances sociales, Prévoyance professionnelle suisse, 12/96.

Quand le divorce se conjugue avec le chômage

La question **Madame Z., mère de deux enfants (8 et 13 ans), est actuellement en instance de divorce. Son mari est indépendant et ne touche aucune allocation familiale. Dans la perspective de son retour sur le marché de l'emploi, elle cherche activement une activité lucrative à temps partiel. Avant son mariage, Madame Z. était vendeuse. Elle oriente donc ses recherches dans le secteur de la vente. Les possibilités qui pourraient s'offrir à elle ne sont pas très étendues dans la région où elle habite. Soucieuse de la situation qui sera la sienne après le divorce, Madame Z. aimerait savoir si, en complément de son salaire, elle aura droit aux allocations familiales et de quel montant seront ces dernières. Dans l'immédiat, peut-elle s'adresser à l'assurance-chômage?**

Pour répondre à la question posée par Madame Z., il faut connaître le canton de domicile. En effet, nous n'avons, en Suisse, aucun système unifié, au niveau fédéral, pour la couverture des allocations familiales en faveur des travailleurs salariés. La Loi fédérale ne couvre qu'un secteur : celui de l'agriculture (petits paysans, travailleurs agricoles).

Madame Z. est domiciliée dans le canton de Fribourg. C'est donc la législation de ce canton qui doit être consultée. Tout d'abord, nous devons préciser que Madame Z. aura un droit propre après le divorce, pour autant qu'elle exerce une activité salariée (ou soit de condition modeste) et qu'elle obtienne la garde des enfants. Si ces deux conditions sont réunies, elle pourra prétendre au versement des allocations familiales. Pour que ces dernières soient versées dans leur totalité, en cas d'activité salariée, il faudra que Madame Z. travaille à 25 % au moins. Selon les normes en vigueur, Madame Z. recevra fr. 190.- par enfant et par mois. La législation fribourgeoise prévoit

une allocation majorée dès le 3e enfant (fr. 210.-). Mais Madame Z. n'est pas concernée par cette disposition.

L'allocation pour enfant sera versée jusqu'à ce que les enfants aient 15 ans révolus. Ensuite, une éventuelle allocation de formation professionnelle sera versée (en 1997 et 1998, le montant de cette allocation s'élève à fr. 250.-).

Si Madame Z. était domiciliée dans un autre canton, elle recevrait des prestations différentes. Il est vrai que la quasi-totalité des cantons romands versent des prestations différenciées en fonction du nombre d'enfants. Mais les montants varient sensiblement. Le canton de Genève module les allocations en fonction de l'âge des enfants, mais il a supprimé les allocations de formation professionnelle. Le canton du Jura verse, en plus, une allocation de ménage.

Quelle est la situation de Madame Z. en regard du chômage? Tant qu'elle est mariée, et compte tenu du fait qu'elle élève des enfants de moins de seize ans, Madame Z. ne pourra bénéficier de l'assurance-chômage que si elle est contrainte de reprendre une activité lucrative par nécessité économique. En d'autres termes, les revenus du couple (y compris une part de la fortune) ne doivent pas dépasser fr. 4860.-. Si les revenus sont supérieurs, Madame Z. n'a aucun droit dans l'immédiat. Seul le divorce changera la situation. En pareille hypothèse, l'assurance-chômage n'exige aucun versement de cotisation dans les deux années antérieures. Madame Z. pourra donc, si elle remplit toutes les conditions fixées par l'assurance-chômage, bénéficier de la protection sociale souhaitée.

De la « nécessité économique » dans l'assurance-chômage

La question

Monsieur G. a travaillé dans une entreprise de la région depuis 1980. Pour des raisons de restructuration de l'entreprise, il a été licencié en mars 1995. Il touche, depuis lors, les prestations de l'assurance-chômage. Il n'a pas retrouvé d'emploi, notamment en raison de son âge (56 ans). Madame G. est inquiète : quand son mari aura épuisé son droit aux indemnités de l'assurance-chômage, que leur restera-t-il pour vivre ? Elle n'a, de son côté, plus exercé d'activité lucrative depuis son mariage et s'est consacrée aux travaux du ménage et à l'éducation de leurs trois enfants. Le dernier enfant a quinze ans. Elle devra, vraisemblablement, chercher un emploi. Elle est beaucoup plus jeune que son mari, mais trouvera-t-elle du travail après ces années d'interruption ? En discutant avec des amis, elle a entendu dire qu'elle pourrait toucher les indemnités de l'assurance-chômage. Est-ce bien le cas ? Si oui, quand pourrait-elle s'annoncer ?

Les renseignements obtenus par Madame G. sont corrects. Depuis le 1er janvier 1996, l'assurance-chômage considère, en effet, que les années consacrées à l'éducation d'enfants de moins de 16 ans comptent comme des périodes de cotisations.
Pour s'annoncer à l'assurance-chômage, il faut toutefois prouver que la période éducative a duré plus de 18 mois au cours des deux dernières années, et qu'il ne s'est pas écoulé plus de six mois depuis que le dernier enfant a 16 ans. Pour Madame G., ces deux conditions sont remplies. Elles ne sont, cependant, pas suffisantes.

Toute personne dans la situation de Madame G. doit, en outre, établir qu'elle est contrainte de reprendre une activité salariée par nécessité économique. Qu'est-ce donc, cette « nécessité économique »? La loi et l'ordonnance d'application fixent précisément les critères. Tout d'abord, on prend en considération les revenus des deux conjoints. On inclut, ensuite, une part de la fortune (10 %) dans le calcul. Le total ainsi obtenu ne doit pas dépasser la limite fixée. Pour un couple, cette limite est établie à fr. 3645.- (sans enfant), à fr. 4445.- (avec un enfant), à fr. 4860.- (avec deux enfants), et à fr. 5265.- (avec trois enfants). C'est donc ce dernier montant qui est applicable à Madame G.

Dans la mesure où cette condition est remplie, Madame G. pourra bénéficier de l'assurance-chômage. Sans connaître la situation personnelle des époux, on peut affirmer que la perte du droit aux prestations de l'assurance-chômage (unique source de revenus) constituera un élément important dans l'appréciation de la « nécessité économique ».

L'amélioration apportée par la révision, tout en étant importante, est donc assortie de conditions très restrictives. En revanche, les femmes veuves, séparées de corps, divorcées, ou dont le mari est devenu invalide peuvent, comme par le passé, bénéficier de prestations de l'assurance-chômage, si elles doivent reprendre une activité lucrative. Elles ne sont pas soumises aux limites de revenus mentionnées précédemment.

Elle travaillait à domicile

La question

Madame R. a travaillé à domicile pendant quelques années. L'entreprise qui l'employait a dû se séparer d'une partie de ses collaborateurs. Depuis le 1er juillet 1997, Madame R. est donc sans emploi. Elle s'est adressée, immédiatement, à la caisse de chômage. Dans les différents contacts qu'elle a eus avec les organes cantonaux s'occupant de placement, Madame R. a appris que, si elle n'était pas disposée à chercher une activité hors de son domicile, elle n'aurait plus droit à l'indemnité de chômage. Madame R. est surprise et inquiète. D'une part, elle a toujours travaillé à domicile, et d'autre part, elle a un enfant de 17 mois. Si elle devait travailler à l'extérieur, elle aurait des difficultés pour la garde de son fils. Elle aimerait donc savoir si l'assurance-chômage peut exiger qu'elle recherche un emploi à l'extérieur, voire qu'elle accepte un tel emploi. Et, surtout, Madame R. aimerait savoir s'il est bien exact qu'elle pourrait perdre tout droit à l'indemnité de chômage.

Pour bénéficier des indemnités journalières de l'assurance-chômage, la personne sans emploi doit remplir un certain nombre de conditions, fixées par la Loi fédérale sur l'assurance-chômage. Tout d'abord, elle doit avoir cotisé durant une période de six mois au cours des deux dernières années. Ce critère est manifestement rempli dans le cas de Madame R. Elle doit, ensuite, être apte au placement. Cela signifie, notamment, que la personne sans emploi doit être disposée à accepter un emploi convenable. C'est cette condition qui pose problème à Madame R. Pourquoi ?
Selon l'Ordonnance fédérale, les assurés qui travaillaient à domicile avant de tomber au chômage doivent être disposés à accepter un

travail hors de leur domicile. En principe, donc, le chômage modifie la situation des personnes occupées à domicile, puisqu'il exige une plus grande disponibilité envers le marché de l'emploi.

Cette exigence tombe lorsque l'assuré peut prouver que sa situation personnelle l'empêche d'accomplir un travail hors du domicile. Que signifie « situation personnelle »? La garde d'un jeune enfant entre-t-elle dans ce critère? Pour le Tribunal fédéral des assurances, non. Seuls les problèmes de santé ou, par exemple, l'assistance à un membre de famille nécessitant des soins importants peuvent être pris en considération. Dans un jugement récent, il a clairement établi que la garde d'un enfant en bonne santé ne pouvait être une circonstance permettant de limiter la recherche d'emploi au seul travail à domicile. Malheureusement pour Madame R., la position des organes de l'assurance-chômage est exacte.

Madame R. pourrait-elle perdre tout droit à l'indemnité? Oui. Si Madame R. n'est pas disposée à accepter un travail convenable également hors de son domicile, elle sera considérée, dans notre système juridique, comme étant « inapte au placement ». Le droit à l'indemnité journalière n'existera donc plus. On peut relever que la situation est similaire pour les mères au chômage, qui cherchent un emploi hors du domicile. Si la garde de leur enfant limite, de manière importante, leur disponibilité envers le marché de l'emploi, l'organe de l'assurance-chômage, pourra être amené à considérer que leur aptitude au placement n'existe plus.

Des indemnités de chômage avant un séjour à l'étranger?

La question **Monsieur W. est employé par la même entreprise depuis 12 ans. Le 20 novembre 1996, il a reçu une lettre de licenciement pour le 28 février 1997. Il n'a pas contesté ce licenciement, car la résiliation respectait les délais légaux. Il est, cependant, préoccupé par une autre question. Il avait planifié, depuis quelques mois, de se rendre au Canada, pour des raisons professionnelles et personnelles. Le départ devrait avoir lieu au début juillet. Monsieur W. a, certes, cherché du travail depuis qu'il a reçu son congé. Mais il n'a rien trouvé. Il pense donc s'inscrire au chômage à la fin du mois. Des personnes, dans son entourage, lui ont dit que cela ne servirait à rien, car la caisse-chômage ne lui verserait aucune prestation. Cette situation l'inquiète. Est-il exact qu'il n'a aucun droit dans l'assurance-chômage? Si oui, pourquoi? Est-ce en relation avec son projet de départ à l'étranger?**

Le système de l'assurance-chômage actuellement en vigueur pose un certain nombre de conditions pour que le droit aux prestations soit ouvert. Tout d'abord, la personne au chômage doit être assurée et avoir versé des cotisations durant 6 mois au moins (condition en vigueur depuis le 1er janvier 1997). C'est le cas de Monsieur W. Par ailleurs, la personne au chômage doit être « apte au placement ». Cela signifie qu'elle doit être disposée à accepter un « travail convenable ». En d'autres termes, et selon la loi, elle doit être en mesure et en droit d'exercer un tel travail. Et c'est là que surgit le problème pour Monsieur W. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, et la position de l'OFDE (organe de contrôle) en la matière,

une personne n'est, en principe, pas considérée comme apte au placement si elle est à disposition du marché de l'emploi pour une période relativement brève. Une telle situation se rencontre, comme pour Monsieur W., entre la fin d'un emploi et un départ à l'étranger ou, plus fréquemment, entre deux périodes de service militaire. Dans ces situations, on considère, en principe, que les chances de trouver un emploi pour une période restreinte sont faibles. Par conséquent, si l'aptitude au placement est niée, le droit à l'indemnité est rejeté.

Il convient, cependant, d'apporter quelques nuances. L'assurance-chômage devra prendre en considération, dans sa décision, l'ensemble des circonstances, notamment le secteur d'activité, la formation, la situation conjoncturelle et, bien sûr, la durée effective de la disponibilité du chômeur. On relèvera, par ailleurs, que lorsqu'un assuré perd son emploi peu de temps avant sa retraite, il est considéré comme apte au placement, même si ses chances de réintégrer le marché de l'emploi sont minces.

Les avis qu'a reçus Monsieur W. ne sont donc pas dépourvus de fondement. Nous pouvons, cependant, conseiller à Monsieur W. de soumettre son cas à l'assurance-chômage, afin que tous les éléments personnels (que nous ne possédons pas) puissent être pris en considération dans l'appréciation de son cas.

Donner son congé : comportement fautif ?

La question **Monsieur K. est employé dans la même entreprise depuis une dizaine d'années. La politique de restructuration interne, menée par la nouvelle direction, a entraîné de nombreux changements, non seulement dans l'organisation, mais également dans le climat de travail. De surcroît, des rumeurs de suppressions d'emplois commencent à circuler. Monsieur K. éprouve de plus en plus de difficultés à supporter les nouvelles conditions qui lui sont sont faites, ainsi qu'à l'ensemble du personnel. Il pense donc résilier son contrat de travail, tout en étant conscient du fait qu'il lui sera difficile de trouver un nouvel emploi, compte tenu de son âge (54 ans). Mais, par ailleurs, il n'entend pas sacrifier sa santé. Des connaissances ont attiré son attention sur le fait qu'il pourrait être « puni » par l'assurance-chômage s'il quittait volontairement son emploi. Est-ce exact ? Et sous quelle forme ? Monsieur K. aimerait savoir pour quelles raisons on ne reconnaîtrait pas le droit du travailleur de quitter un emploi qui ne lui convient plus.**

Dans la période que nous traversons, bon nombre de personnes professionnellement actives pourraient être tentées, comme Monsieur K., de mettre fin à une relation de travail devenue plus difficile. Néanmoins, ces personnes devraient bien réfléchir avant d'envoyer leur lettre de résiliation du contrat.

Les informations que Monsieur K. a reçues sont, en effet, correctes dans leur principe. Selon le droit fédéral, les personnes qui décident de quitter un emploi sans en avoir trouvé un autre ont commis une « faute ». Cette dernière entraîne une sanction : la suspension de l'indemnité journalière. La durée de cette suspension est fonction de la gravité de la faute.

Est-ce à dire que les motivations personnelles ne sont pas prises en considération ? Pas vraiment. Le système légal permet de tenir compte des circonstances qui ont conduit la personne à résilier son contrat. On ne retiendra, cependant, que des circonstances tellement graves que personne n'aurait pu exiger le maintien des relations professionnelles. Ces conditions sont, donc, restrictives. Elles ne semblent pas être remplies dans le cas de Monsieur K.
Il existe d'autres comportements « fautifs ». Ainsi, lorsque le travailleur donne, à l'employeur, une raison de résilier le contrat de travail. On vise, ici, le comportement du travailleur, un manquement grave aux obligations contractuelles, par exemple. Cette faute doit, cependant, être clairement établie, confirmée au besoin par des preuves fournies par l'employeur. Sinon, la sanction ne peut pas être appliquée.
Enfin, l'Ordonnance fédérale prévoit que le refus d'un travail convenable, en période de chômage, peut également donner lieu à une sanction pour comportement fautif. Il en va de même du refus d'un contrat à durée indéterminée au profit d'un contrat à durée déterminée.
Ce système est basé sur le principe que l'assurance ne doit pas couvrir un risque que le travailleur (ou le chômeur) prend, individuellement et volontairement. La récente révision a durci les sanctions, en augmentant la durée des suspensions possibles (30 à 60 jours pour une faute grave). Monsieur K., doit donc évaluer correctement le risque qu'il prend en résiliant son contrat de travail.

Quand un chômeur se soucie des conséquences de la maladie

La question

Durant sa vie active, Monsieur S. a été assuré contre la perte de son salaire en cas de maladie, son employeur ayant conclu un contrat collectif pour ses employés. Monsieur S. a été licencié pour le 31 décembre 1995. Se retrouvant au chômage, il s'inquiète de son sort. L'assureur de son ancien employeur l'informe qu'il peut passer dans l'assurance individuelle, et lui communique ses tarifs. Pour couvrir fr. 150.- par jour, Monsieur S. devra payer la somme mensuelle de fr. 267,50. Il demande une offre à deux autres assureurs, histoire de comparer les tarifs. Surprise : fr. 141.- pour un assureur, et fr. 202,50 pour l'autre. De surcroît, ces sommes baissent encore substantiellement s'il choisit une couverture avec un délai d'attente de 60 jours : fr. 90.- dans un cas et fr. 135.- dans l'autre. Que doit-il donc faire?

La question soulevée par Monsieur S. est importante et concerne de nombreuses personnes au chômage. On peut tout d'abord relever que Monsieur S. a eu la chance de bénéficier d'une couverture d'assurance dans son entreprise, ce qui lui donne le droit de maintenir cette couverture, lorsque le contrat de travail prend fin. Et cette couverture s'avérera très précieuse, car si Monsieur S. tombe malade lorsqu'il est au chômage, il recevra les indemnités de l'assurance-chômage durant une période limitée de 30 jours. Passé ce délai, le chômeur malade doit pouvoir compter sur une assurance-maladie personnelle, qui compensera le salaire perdu.

Pourquoi les cotisations sont-elles si différentes d'une assurance à l'autre? La réponse tient, ici, au fait que chaque assureur fixe la

prime en fonction de ses charges. Pour les caisses-maladie, soumises aux règles de l'assurance sociale, la branche « indemnités journalières » est indépendante de la branche « soins médico-pharmaceutiques ». Elle doit donc être financièrement équilibrée. Ceci est bien illustré dans le cas de Monsieur S. : les primes des deux caisses-maladie auxquelles il s'est adressé présentent une différence de fr. 60.- par mois, pour la même couverture d'assurance (fr. 150.- par jour).

Alors, quel choix pour Monsieur S. ? Bien sûr, le montant de la prime est important. Mais ce n'est pas tout. Monsieur S. doit penser, avant de conclure une assurance, que les caisses-maladie ne sont pas obligées de l'assurer pour le montant demandé. Elles peuvent, en effet, mettre sous réserve une maladie qui existe ou qui, ayant existé, risque de récidiver. En d'autres termes, la caisse-maladie ne compensera pas le salaire perdu si l'incapacité de travail tient à la maladie sous réserve, et cela pendant cinq ans. Enfin, Monsieur S. doit soigneusement examiner la proposition d'une assurance commençant au 60e, voire au 90e jour de la maladie, car il devra alors payer de sa poche le salaire manquant pour un mois, voire deux mois de maladie.

Le choix de la couverture se fondera donc sur un faisceau de critères, principalement économiques. Mais il est fondamental pour Monsieur S., comme pour toute personne dans sa situation, de maintenir une couverture d'assurance en étant au chômage, pour éviter de se retrouver dépourvu de toute prestation sociale après 30 jours de maladie.

Dans deux mois, il aura épuisé son droit aux indemnités de l'assurance-chômage

La question

Monsieur T. est actuellement au chômage. D'ici deux mois, environ, il aura épuisé son droit aux indemnités de l'assurance-chômage. Entre autres préoccupations, Monsieur T. se soucie de ses différentes couvertures d'assurance. Il paye actuellement une cotisation de 3,1 % sur son indemnité de chômage pour l'assurance-accidents. Après qu'il sera sorti du système de l'assurance-chômage, que se passera-t-il en ce qui concerne sa couverture de l'accident? Est-ce que la caisse-maladie l'assurera automatiquement? Est-ce qu'il a d'autres possibilités? Quand doit-il entreprendre des démarches?

Comme toutes les personnes au chômage, Monsieur T. est assuré contre le risque « accidents » auprès de la CNA. Cette couverture est garantie depuis l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), le 1er janvier 1984. D'autres personnes, qui n'ont plus de contrat de travail, bénéficient de cette couverture LAA : celles qui perçoivent des indemnités suite à une maladie ou un accident, des indemnités de réadaptation (de l'assurance-invalidité) des indemnités de maternité ou des allocations en cas de service militaire. Pour les personnes au chômage, cette couverture est assortie de l'obligation de payer une prime (3,1 %) dès le 1er janvier 1996.

Que se passera-t-il lorsque Monsieur T. aura épuisé son droit aux indemnités fédérales? L'assurance-accidents continuera de le couvrir pendant 30 jours. Cette règle est également valable pour les travailleurs qui cessent leur activité professionnelle ou pour les personnes mentionnées ci-dessus lorsqu'elles ne perçoivent plus d'indemnités journalières. Passé ce délai général de 30 jours, la couverture

LAA n'existe plus. Que doit donc faire Monsieur T ? Il a le choix entre deux solutions, dans le cadre des assurances sociales.
Soit il demande à sa caisse-maladie de remettre le risque « accidents » dans sa couverture d'assurance obligatoire. Selon la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, la caisse de chômage doit donner, au chômeur, l'information nécessaire.
Soit il demande à la CNA d'étendre la couverture d'assurance pendant 180 jours. Cette possibilité est prévue par la Loi fédérale sur l'assurance-accidents. On parle d'assurance « par convention spéciale ». S'il choisit cette solution, Monsieur T. doit faire la démarche nécessaire avant l'épuisement de son droit aux indemnités de chômage. Il devra, ensuite, s'acquitter d'une cotisation de fr. 25.- par mois. Cette solution est intéressante, car la couverture offerte par la LAA est, globalement, meilleure que celle de l'assurance-maladie. Bien évidemment, au terme des 180 jours, Monsieur T. devra s'adresser à sa caisse-maladie pour remettre le risque « accidents » dans sa couverture d'assurance. Au fond, l'assurance par convention (LAA) permet de différer le moment où l'assurance-maladie reprend le risque.
Il convient de préciser que cette assurance par convention spéciale peut être demandée par toute personne qui sort du champ d'application de la LAA (par exemple le salarié qui interrompt définitivement son activité lucrative). La Loi fédérale prévoit que l'assureur doit offrir cette possibilité de couverture d'assurance, alors que l'Ordonnance fédérale donne, à l'employeur, l'obligation générale de transmettre toutes informations concernant l'assurance à son personnel. Le travailleur devrait donc, en principe, être informé de son droit.

Être indépendant durant une période de chômage

La question

Monsieur D. a perdu son emploi le 31 juillet 1996. Il touche des indemnités de chômage et envisage de travailler, pour une durée limitée, comme indépendant. Selon les renseignements qui lui ont été fournis, cette possibilité existe. Le salaire réalisé est, alors, considéré comme gain intermédiaire. Monsieur D. se demande, toutefois, si sa protection en cas d'accident demeure entière. Ne serait-il pas plus prudent de prendre une activité en tant que salarié ? Enfin, et bien qu'il n'ait pas encore épuisé son droit aux indemnités de chômage, il aimerait savoir s'il peut rester assuré pour le risque « accident » auprès de la CNA, lorsqu'il sera « en fin de droit » ?

Une personne au chômage peut accepter d'exercer une activité qui donne lieu à un « gain intermédiaire ». Le système est le suivant : la personne reçoit, de son employeur, le salaire correspondant à l'activité exercée. Ce salaire étant inférieur à l'indemnité de chômage perçue, l'assurance-chômage verse une compensation destinée à combler la différence entre le gain assuré (réalisé avant le chômage) et le gain intermédiaire. Dans cette situation, la personne reçoit donc un gain total (gain intermédiaire et compensation de l'assurance-chômage) supérieur à l'indemnité de chômage perçue antérieurement. La compensation est versée, en principe, durant douze mois. Les assurés ayant des enfants et/ou âgés de plus de 45 ans peuvent faire valoir le droit à la compensation durant deux ans. L'activité exercée au titre de « gain intermédiaire » peut être une activité salariée ou une activité indépendante.
Dans ce contexte, Monsieur D. se demande quelle sera sa protection en cas d'accident. On peut tout d'abord relever que la couverture est, de manière générale, assurée par la CNA en ce qui concerne les accidents dont sont victimes les chômeurs. En cas de gain intermédiaire,

la situation peut être différente. C'est le type et le taux d'activité exercée qui permettront de désigner l'assureur compétent.
En effet, si Monsieur D. est indépendant, il sera couvert par la seule CNA. Si, au contraire, il réalise un gain intermédiaire en qualité de salarié, il sera assuré par l'assureur de son employeur. S'il travaille moins de 12 heures par semaine, il sera assuré par la CNA pour les accidents non professionnels.
En définitive, Monsieur D. bénéficiera d'une protection intégrale, quelle que soit la forme d'activité retenue dans le cadre d'un « gain intermédiaire ». Seul l'assureur peut changer. Mais cela ne joue aucun rôle sur le droit aux prestations, puisque l'ensemble des assureurs concernés appliquent la même Loi fédérale (LAA).
Qu'en est-il de la situation d'une personne qui a épuisé son droit aux indemnités de chômage ? Dans ce cas, la couverture de l'assurance-accidents est encore accordée durant trente jours après celui où les indemnités ont été perçues pour la dernière fois. Par ailleurs, Monsieur D. pourra demander une prolongation de l'assurance durant 180 jours au plus. La demande devra, cependant, être faite avant l'expiration du trentième jour qui suit celui où a pris fin le droit à l'indemnité de chômage. À défaut d'une telle prolongation, c'est l'assurance-maladie qui prend le relais. Monsieur D. devra, alors, faire les démarches nécessaires, en temps utile, auprès de sa caisse-maladie.

Quand une maladie chronique touche un chômeur

La question

Monsieur B., âgé de 53 ans, habite Genève. Il est actuellement sans emploi. Il touche ses indemnités de chômage. Au cours des deux derniers mois, Monsieur B. a connu quelques ennuis de santé, sans pour autant devoir interrompre ses recherches d'emploi. Il est, cependant, inquiet. Les ennuis de santé qui se manifestent semblent bien être en relation avec une maladie qu'il avait eue, à l'âge de 49 ans, et qui l'avait, alors, contraint à suspendre son activité durant quelques mois. Si la situation devait évoluer de manière peu satisfaisante, que se passerait-il? Sera-t-il indemnisé? Il sait que la caisse de chômage prélève, chaque mois, deux cotisations. Est-ce pour la maladie et pour l'accident?

Toute personne au chômage doit verser, sur l'indemnité de chômage, des cotisations aux assurances sociales (AVS/AI/APG), comme le font les travailleurs salariés sur leurs revenus. De plus, elle est tenue de verser, depuis le 1er janvier 1996, une cotisation de 3.1 % pour la couverture de l'accident (par la CNA). Monsieur B. mentionne qu'il paie deux cotisations pour les cas d'incapacité de travail. On peut donc établir qu'il est également assuré, par le canton, pour la perte de l'indemnité de chômage en cas de maladie. Quelle protection sociale va, dès lors, lui être accordée, si son état de santé se détériore?

Comme bénéficiaire de l'assurance-chômage, Monsieur B. touche des indemnités prévues par la Loi fédérale sur l'assurance-chômage. Ces dernières sont versées pour autant que son « aptitude au placement » soit attestée. En d'autres termes, sa disponibilité envers le marché du travail ne doit pas être limitée, par exemple en raison d'une maladie ou d'un accident. Si l'un de ces deux événements survient, le droit à

l'indemnité de chômage sera limité à 30 jours, selon le droit fédéral. Passé ce délai, Monsieur B. sera considéré comme inapte au placement. Dans le système de la sécurité sociale suisse, Monsieur B. n'est plus considéré comme « chômeur », mais comme « malade ». Un autre régime de sécurité sociale doit donc intervenir. C'est l'assurance-maladie « perte de gain », dont l'immense défaut est d'être facultative. Des problèmes importants peuvent donc surgir, si la personne au chômage ne bénéficie pas de cette couverture. Monsieur B. habite Genève. On pourrait dire que c'est une chance pour lui, car le canton a prévu un système permettant de compenser la perte de l'indemnité fédérale de chômage. En l'occurrence, et si toutes les conditions légales sont remplies, Monsieur B. pourra bénéficier de 270 indemnités complémentaires à l'assurance-chômage.

Qu'en est-il de l'accident ? Il convient, à cet égard, d'attirer l'attention de Monsieur B. sur un point particulier. La protection contre le risque « accidents » est liée au versement de l'indemnité de chômage. En d'autres termes, lorsque ce versement cessera, la couverture de l'assurance-accidents prendra également fin 30 jours plus tard. Pour quelle raison ? Parce que les prestations cantonales ne permettent pas de maintenir le droit à la couverture de l'accident dans le cadre de la LAA. Ces prestations ne sont pas considérées comme un salaire qui remplacerait les obligations de l'employeur, découlant du contrat de travail, contrairement aux indemnités versées, après la rupture du contrat, par l'assurance-maladie, ou l'assurance-accidents ou l'assurance-invalidité. Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de préciser ce point dans un arrêt récent. Monsieur B. devra donc demander à sa caisse-maladie de remettre le risque « accidents » dans la couverture d'assurance, de telle sorte qu'il n'y ait aucune lacune dans la protection sociale accordée en cas d'accident.

Chômeur ou invalide : quel statut après des mesures de reclassement?

La question **Monsieur E., âgé de 37 ans, a eu d'importants problèmes de santé qui l'ont obligé à abandonner sa profession. L'assurance-invalidité a pris son cas en charge. Il bénéficie, actuellement, d'une mesure de reclassement qui devrait lui permettre, d'ici deux mois, d'exercer une nouvelle activité correspondant à son état de santé. Monsieur E. se pose, néanmoins, quelques questions quant à son avenir. Il aimerait, notamment, savoir ce qui va se passer si, au terme de sa nouvelle formation, il ne trouve pas d'emploi. Pourrait-il, alors, s'annoncer à l'assurance-chômage? Si oui, à quelles conditions? Il a entendu dire que les chômeurs ne touchent pas immédiatement l'indemnité de chômage. Est-ce que cela s'appliquerait à son cas?**

Le question posée par Monsieur E. pose, notamment, le problème de la coordination entre les assurances sociales. Il est intéressant de relever que le Tribunal fédéral des assurances sociales a, récemment, examiné cette question. Voilà les éléments de réponse qui peuvent être apportés :
L'assurance-invalidité verse, à Monsieur E., des prestations qui sont rattachées aux mesures de reclassement. Dans ce cadre, Monsieur E. perçoit des indemnités journalières. Nous n'en connaissons, cependant, pas le montant exact. Au terme de cette nouvelle formation, Monsieur E. ne sera plus considéré comme « invalide » par l'assurance-invalidité, puisque sa capacité de gain est, théoriquement, rétablie. Si aucune activité professionnelle correspondant à ses nouvelles capacités ne peut lui être trouvée, c'est effectivement l'assurance-chômage qui prendra le relais.

Cette assurance examinera si toutes les conditions sont remplies pour que les prestations soient versées. En l'occurrence, tel semble bien être le cas. Évidemment, Monsieur E. devra être disponible pour le marché de l'emploi. Cela signifie qu'il devra, notamment, accepter tout « travail convenable » qui lui sera proposé par l'Office régional de placement. Mais, en fait, rien ne le distingue d'un autre demandeur d'emploi qui aurait perdu son emploi.

Monsieur E. pourra-t-il bénéficier des indemnités de chômage dès le moment où il s'est inscrit comme chômeur ? Pas nécessairement. Depuis le 1er janvier 1995, les personnes au chômage doivent respecter un « délai d'attente ». En d'autres termes, le droit fédéral demande aux chômeurs de contribuer au financement de l'assurance-chômage en prenant à leur charge une part financière correspondant au délai d'attente. Cette norme avait fait l'objet d'un arrêté fédéral. Elle a été intégrée à la Loi révisée, entrée en vigueur le 1er janvier 1996.

Pour tempérer la rigueur du système, la Loi fédérale prévoit que le délai d'attente est appliqué aux seules personnes dont le revenu dépasse fr. 3000.-, auxquels s'ajoutent fr. 1000.- pour le premier enfant, puis fr. 500.- pour chaque enfant donnant droit à l'allocation pour enfant ou à l'allocation de formation professionnelle. En cas d'activité à temps partiel, ce montant limite est réduit proportionnellement au taux d'activité.

C'est donc selon ces critères que sera évaluée la situation de Monsieur E. En d'autres termes, le fait que Monsieur E. fasse valoir son droit aux prestations à l'issue de mesures de réadaptation financées par l'assurance-invalidité ne joue aucun rôle. Tout comme le travailleur ayant perdu son emploi, il devra supporter la participation financière requise par l'assurance-chômage. Il n'a donc plus aucun droit envers l'assurance-invalidité à l'issue des mesures de réadaptation qui lui ont été dispensées. L'indemnité versée par l'assurance-chômage sera calculée selon le salaire réalisé, c'est-à-dire les indemnités journalières (et les suppléments) versées par l'assurance-invalidité.

Il rentre de l'étranger et veut toucher les indemnités de chômage

La question

Monsieur D., 27 ans, partira au Danemark dans deux mois. Il va séjourner et travailler dans ce pays durant trois ans, comme salarié dans une grande entreprise. Entre autres questions relatives à la sécurité sociale, il se demande quels seront ses droits si, contre toute attente, il doit se retrouver au chômage après son retour en Suisse. Pour éviter tout problème, peut-il rester affilié à l'assurance-chômage après son départ? Si oui, quelles démarches doit-il entreprendre?

L'assurance-chômage est un régime de la sécurité sociale suisse fondé sur le principe de la territorialité. Lorsqu'une personne quitte le territoire suisse, et qu'elle travaille à l'étranger pour un employeur qui n'est pas non plus domicilié en Suisse, elle perd tout droit à la couverture d'assurance. La situation est différente si le travailleur est détaché à l'étranger par un employeur suisse. Dans cette hypothèse, les cotisations à l'assurance-chômage continuent d'être versées en Suisse. Dans la mesure où Monsieur D. travaillera pour une entreprise danoise, il ne pourra donc pas rester affilié à l'assurance-chômage après avoir quitté la Suisse.

Cela ne signifie pas, pour autant, qu'il n'aura aucun droit s'il ne trouve pas d'emploi après son retour en Suisse. En effet, la Loi fédérale sur l'assurance-chômage prévoit que les ressortissants suisses de retour au pays peuvent bénéficier des prestations sans devoir justifier d'une période de cotisations. En d'autres termes, ils sont exonérés de l'obligation de cotiser, comme d'autres groupes de personnes citées dans la Loi fédérale (personnes qui ont achevé une formation ou un perfectionnement professionnel). Pour que les prestations soient versées, il faut que le séjour à l'étranger ait duré plus d'un an

et que la preuve de l'activité salariée soit apportée. Par ailleurs, la personne au chômage doit s'annoncer dans un délai d'un an après son retour. Puisque Monsieur D. doit exercer une activité salariée durant trois ans au Danemark, il remplira les conditions posées par la Loi fédérale pour toucher les indemnités de chômage. Ces dernières seront calculées sur la base de montants forfaitaires qui varient en fonction des qualifications acquises. Il convient d'insister sur le fait que la condition de salarié est déterminante. Si Monsieur D. revenait en Suisse après avoir exercé une activité indépendante au Danemark, il n'aurait aucun droit aux prestations de l'assurance-chômage selon la législation fédérale. Certains cantons atténuent la portée de cette disposition en offrant une possibilité d'activité salariée aux indépendants durant une période suffisante pour ouvrir un droit aux indemnités de chômage fédérales.
On peut préciser que la situation de Monsieur D. serait un peu différente s'il se rendait en France, en Allemagne, en Autriche ou au Liechtenstein. À son retour en Suisse, il pourrait bénéficier d'une convention spéciale en vertu de laquelle les cotisations versées dans l'un de ces pays sont considérées comme des cotisations payées en Suisse. L'indemnité journalière sera, alors, calculée sur la base du gain assuré.
Enfin, il est important de relever que les étrangers établis en Suisse, et qui ont travaillé à l'étranger pendant au moins un an peuvent, eux aussi, bénéficier des prestations de l'assurance-chômage à leur retour en Suisse. Les conditions posées sont similaires. Ils doivent, notamment, attester d'une période de cotisations minimales (6 mois). Il en va de même dans l'hypothèse où ils se sont rendus à l'étranger pour accomplir leur service militaire.

PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE

Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP), du 25 juin 1982 (entrée en vigueur le 1er janvier 1985)

La Loi fédérale protège les travailleurs salariés dont le revenu atteint le montant minimum de fr. 23880.- (montant de coordination). Le système légal ne tient pas compte du taux d'activité effectivement exercée, sauf pour les personnes handicapées qui travaillent à temps partiel. Comme le montant de coordination représente un multiple de la rente simple AVS, il est donc, en principe, adapté à chaque changement du montant de la rente AVS.
L'obligation d'assurance prend fin lorsque le salaire dépasse fr. 71640.-. La somme assurée à titre obligatoire est donc de fr. 47760.- au maximum.
Les risques « invalidité et décès » sont obligatoirement assurés dès le 1er janvier qui suit la date à laquelle les assurés ont eu 17 ans. La vieillesse est, elle, soumise à l'assurance obligatoire dès le 1er janvier qui suit la date à laquelle les assurés ont eu 24 ans.
Depuis le 1er juillet 1997, les personnes au chômage sont obligatoirement assurées pour les risques « invalidité et décès », moyennant le paiement d'une cotisation retenue sur l'indemnité de chômage.
Comme dans l'AVS, les risques couverts sont la vieillesse et le décès du soutien de famille. L'âge de la retraite est identique à celui de l'AVS (65 ans pour les hommes, 62 ans pour les femmes). Toutefois, les caisses de pension peuvent faire dépendre l'âge de la retraite de la cessation de l'activité lucrative. Les caisses peuvent donc prévoir que la retraite légale est fixée, dans le secteur qu'elles régissent, à un

âge inférieur à celui de l'AVS. Le fait de bénéficier de la retraite anticipé ne fait pas perdre tout droit aux prestations des autres assurances sociales (notamment l'assurance-chômage).

Pour aller plus loin :

a) grand public

Le bon chemin à travers le labyrinthe de la LPP, Classeur édité par la Winterthur-Vie, 1997

J.-R. Probst : Demain j'arrête de bosser Comment financer sa retraite anticipée, Éd . J. Winkler & Partners, 1997

Complément d'information à l'indemnité de chômage : Prévoyance professionnelle des personnes au chômage selon la LACI et la LPP, valable dès le 1er juillet 1997, OFIAMT 716.201.f

b) personnes intéressées, professionnels

J.P. Beausoleil : La prévoyance professionnelle, 2e partie, Université de Genève, 1996.

Mariée et mère de famille, elle met fin à son activité lucrative

La question **Madame T., mariée, a travaillé durant 8 ans, à temps plein, dans trois entreprises différentes. Mère d'un enfant de 4 ans, Madame T. a mis fin à son activité lucrative au 31 janvier 1997. Elle pensait toucher, alors, son capital du deuxième pilier. Mais on le lui a refusé. Maintenant qu'elle a un peu de temps, elle aimerait savoir si elle doit entreprendre des démarches particulières pour être toujours protégée correctement par les assurances sociales. Peut-elle récupérer son deuxième pilier? Qu'en est-il de sa couverture en cas de maladie et d'accident? Et la couverture du chômage?**

La fin de l'activité lucrative entraîne des changements importants dans l'appartenance aux régimes d'assurance et dans l'obligation de cotiser. Dans les grandes lignes, voilà comment se présente la situation de Madame T.

Dans le deuxième pilier, Madame T. n'a aucune possibilité de toucher, en espèces, le capital qu'elle a accumulé au cours de ses années de vie active. La Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle offrait cette possibilité aux femmes mariées (ou sur le point de se marier) qui mettaient fin à leur activité lucrative. Cette disposition a, cependant, été abolie par l'entrée en vigueur, le 1er janvier 1995, de la Loi fédérale sur le libre-passage. Madame T. aurait pu faire valoir le droit au paiement en espèces si elle avait pris une activité comme indépendante ou si elle avait définitivement quitté le territoire suisse. Aucune de ces hypothèses n'est réalisée.

S'agissant de la couverture en cas d'accident, on relèvera que Madame T. a encore été assurée durant 30 jours après la fin du droit au salaire tiré du contrat de travail. Madame T. aurait pu maintenir

la couverture durant 180 jours, par convention, auprès de son assureur-accidents. La démarche aurait dû être effectuée avant la fin du rapport d'assurance LAA. Madame T. ne nous indique pas qu'elle a fait usage de cette possibilité.
La couverture de l'assurance-maladie (pour les soins médico-pharmaceutiques) ne dépend pas de l'exercice d'une activité lucrative. Il n'y a donc pas de changement pour la couverture obligatoire. Est-ce que la caisse-maladie devra intervenir en cas d'accident ? Oui, pour autant que le risque « accident » soit inclus dans la couverture de base, depuis le 1er mars au plus tard. En principe, l'employeur a dû donner ce renseignement à Madame T., avant la fin du contrat de travail. Une telle obligation est, en effet, prévue par la Loi fédérale. Mais entre le texte de la loi et la pratique, il existe souvent un fossé… Madame T. fera donc bien de vérifier immédiatement ce point, sachant par ailleurs que le nouveau droit la protégera si l'employeur s'est avéré négligent.
Madame T. n'évoque ni l'AVS ni l'AI. Il est important de relever qu'elle reste assurée à ces deux branches de la sécurité sociale, bien qu'elle n'exerce aucune activité lucrative. Doit-elle payer des cotisations ? Si son époux exerce une activité lucrative, et s'il verse des cotisations équivalant au moins à fr. 780.- par année, Madame T. est libérée de l'obligation de cotiser. Enfin, elle n'a plus d'obligation dans l'assurance-chômage, étant donné qu'elle ne réalise plus aucun revenu tiré d'une activité lucrative.

Un préretraité veut toucher les indemnités de chômage

La question **Monsieur W., âgé de 58 ans, vit une période difficile. L'entreprise dans laquelle il travaille depuis 14 ans est en pleine restructuration. Dans ce cadre, Monsieur W. sera mis à la préretraite à fin mai 1997. L'employeur lui a communiqué le montant qu'il touchera de la caisse de pension, au titre de la rente de vieillesse anticipée. Ce montant n'est pas très élevé. Monsieur W. se sent encore parfaitement apte au travail. Il se demande donc s'il peut s'inscrire à l'assurance-chômage, en dépit de la rente anticipée qu'il va recevoir. Si cela n'est pas possible, peut-il demander de différer le versement de la rente, de telle manière qu'il puisse bénéficier de l'assurance-chômage dans l'intervalle ?**

Monsieur W. peut être rassuré. L'accès à l'assurance-chômage est possible, pour autant qu'un certain nombre de conditions soient remplies.

De manière générale, et selon le droit en vigueur, les personnes qui ont pris une retraite anticipée peuvent bénéficier des indemnités de chômage si elles justifient d'une période de cotisations d'au moins six mois après la préretraite. Cette disposition ne s'applique cependant pas aux personnes qui ont été licenciées pour des raisons économiques, notamment. Monsieur W. est dans cette situation. Il pourra donc s'annoncer immédiatement à l'assurance-chômage. Toutefois, les indemnités ne seront versées que si toutes les conditions légales sont remplies, notamment l'aptitude au placement. Dans ce sens, Monsieur W. a donc les mêmes droits et les mêmes obligations que toute personne au chômage sans bénéfice de la préretraite.

Quant au montant de l'indemnité, elle sera fixée en prenant en considération le montant de la rente de vieillesse versée par la caisse de pension. Plus précisément, l'assurance-chômage versera la différence entre le montant de la rente et le montant de l'indemnité qui serait versée sans la retraite anticipée. Si Monsieur W. réalise un gain intermédiaire durant sa période de chômage, le total de la rente de vieillesse, du gain intermédiaire et de l'éventuelle indemnité de chômage ne devra pas dépasser 90 % du gain assuré avant la mise à la retraite anticipée.
Est-ce que le fait de différer le versement de la rente de vieillesse pourrait avoir une influence sur le calcul de l'indemnité de chômage? La réponse est négative. Selon le système de l'assurance-chômage, seul compte le droit à la prestation de vieillesse. Peu importe le fait que l'assuré touche effectivement cette prestation (parce que le paiement est différé ou que la somme est placée à terme, par exemple). Le montant auquel il aurait droit sera déduit de l'indemnité de chômage. Par ailleurs, si l'assuré touche un capital, ce dernier est mensualisé pour permettre le calcul de la surassurance. Ces dispositions peuvent se comprendre. Elles permettent, en effet, d'éviter que les préretraités ne soient privilégiés par rapport aux chômeurs qui ont été licenciés sans être mis au bénéfice des prestations de la prévoyance professionnelle.

Prévoyance professionnelle et personnes invalides

La question

Monsieur N. a été victime d'un accident de la circulation qui l'a obligé à abandonner son activité d'indépendant. Après de nombreux mois de traitement et au terme d'un programme de reconversion professionnelle (financé par l'assurance-invalidité), il est en mesure d'envisager sa réintégration à temps partiel sur le marché du travail. Les démarches entreprises, grâce aux services compétents, lui permettent d'avoir de bons espoirs à ce sujet. Il a cependant une question, relative à sa situation dans les assurances sociales. Il est bénéficiaire d'une demi-rente de l'assurance-invalidité. Pourra-t-il être assuré dans le deuxième pilier? Il a entendu différents avis et aimerait bien être au clair sur ce point.

Le deuxième pilier de la sécurité sociale suisse fait l'objet de la Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle (LPP), qui est entrée en vigueur le 1er janvier 1985. Le but de cette assurance sociale est de garantir, au travailleur salarié, le maintien du niveau de vie antérieure en cas de d'invalidité et de vieillesse, et aux survivants une protection adéquate. Le deuxième pilier se cumule avec l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), qui constitue le premier pilier de la sécurité sociale.
Selon la Loi fédérale (LPP), les travailleurs salariés sont obligatoirement assurés auprès de la caisse de pension de l'employeur. Toutefois, pour tenir compte de la rente AVS qui sera versée (fr. 995.- au minimum si toutes les conditions sont remplies), le deuxième pilier n'intervient qu'à partir d'un certain salaire annuel appelé « montant de coordination » (actuellement : fr. 23880.-). En d'autres termes, si le salaire annuel est inférieur à cette limite, il n'existe aucune obligation d'assurance, car les prestations du premier pilier sont considérées comme étant suffisantes. Pour être complet, il convient de préciser

que la limite supérieure à l'affiliation obligatoire est fixée à fr. 71640.-. En principe, et selon le droit fédéral, le montant de coordination n'est pas adapté au taux d'activité.
Qu'en est-il de la situation de Monsieur N. ? Devra-t-il réaliser un salaire annuel d'au moins fr. 23880.- par an pour bénéficier de la protection sociale du deuxième pilier ? Non. La Loi fédérale prévoit une dérogation pour les personnes invalides à raison de 50 % au moins, selon la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité. Ces personnes sont obligatoirement assurées dès qu'elles perçoivent un salaire annuel qui équivaut à la moitié du montant de coordination. Cette mesure est importante, car les personnes partiellement invalides, réalisant des revenus modestes sur le marché du travail doivent pourvoir compter sur une protection sociale adéquate au moment de la vieillesse, notamment. Par conséquent, si Monsieur N. réalise un gain d'au moins fr. 11940.-, il pourra entrer dans la caisse de pension de son employeur.
Il convient de préciser, enfin, que la Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle contient des normes que les caisses de pension peuvent librement améliorer. Il n'est donc pas exclu que Monsieur N. puisse bénéficier d'une protection supérieure en regard du salaire qu'il réalisera dans son nouvel emploi.

Bücherliste Reihe 'Soziale Arbeit'

Herausgeberin : Schweizerische Arbeitsgemeienschaft der
Höheren Fachschule für Soziale Arbeit (SASSA)
Verlag : Paul Haupt AG, Bern

1. **Zeller** Doris, Funktion und Rolle von Praktikumsanleitung und Supervision, 1981, 71 S. (vergriffen)
2. **Staub-Bernasconi** Sylvia, **von Passavant** Christina, **Wagner** Antonin (Hrsg.), Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. Entwicklung und Zukunftsperspektiven, 1983, 408 S. (vergriffen),
3. **Brack** Ruth, Das Arbeitspensum in der Sozialarbeit. Ein Beitrag zur Klärung der Arbeitsbelastung, 1984, 1991 veränd. und stark erw. Auflage, 114 S.
4. **Wagner** Antonin, Wohlfahrtsstaat Schweiz. Eine problemorientierte Einführung in die Sozialpolitik, 1995, 248 S. (vergriffen)
5. **Brack** Ruth, **Giovanelli-Blocher** Judith, **Steiner** Rudolf, Freiwillige Tätigkeit und Selbsthilfe aus der Sicht beruflicher Sozialarbeit, 1986, 140 S.
6. **Fragnière** Jean-Pierre, Wie schreibt man eine Diplomarbeit ? Planung, Niederschrift, Präsentation von Abschluss-, Diplom- und Doktorarbeiten, von Berichten und Vorträgen, 1987, 1996 4. Auflage, 131 S.
7. **Mäder** Anne, Neff Ursula, Vom Bittgang zum Recht. Zur Garantie des sozialen Existenzminimums in der schweizerischen Fürsorge, 1988, 1990 2. teilw. veränd. Auflage, 127 S.
8. **Christen** Christina, Wenn alte Eltern pflegebedürftig werden. Kritische Bestandesaufnahme, Lösungsansätze und Empfehlungen in der Pflege alter Eltern in der Familie, 1989, 115 S.
9. **Lüssi** Peter, Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung, 1991, 1995 3. Auflage, 500 S.
10. **Weber** René, Existenzsicherung ohne Fürsorge ? Die negative Einkommenssteuer in Theorie und Praxis, 1991, 83 S.
11. **Hanetseder** Christa, Frauenhaus : Sprungbrett zur Freiheit ? Eine Analyse der Erwartungen und Erfahrungen von Benützerinnen, 1992, 293 S.

12. **Fragnière** Jean-Pierre, **Christen** Gioia, **Kahil-Wolff** Bettina, Wegleitung durch die Institutionen der sozialen Sicherheit in in der Schweiz, 1993, 194 S.
13. **Staub-Bernasconi** Silvia, Systemtheorie, soziale Probleme und soziale Arbeit : Lokal, national, international. Oder : vom Ende der Bescheidenheit, 1995, 450 S.
14. **Bieri** Susan, **Ferel** Alexa, Täter-Opfer-Ausgleich. Ansatz einer kriminalpolitischen Reform im Strafrecht, 1994, 118 S.
15. **Hochstrasser** Franz, Konsumismus und Soziale Arbeit, 1994, 232 S.
17. **Brack** Ruth, **Geiser** Kaspar, Aktenführung in der Sozialarbeit. Neue Perspektiven für die klientbezogene Dokumentation als Beitrag zur Qualitätssicherung, 1996, 176 S.
18. **Hochstrasser** Franz, **von Matt** Hans-Kaspar, **Grossenbacher** Silvia, **Oetiker** Hansruedi (Hrsg.), Die Fachhochschule für Soziale Arbeit. Bildungspolitische Antwort auf soziale Entwicklungen, 1997, 280 S.
19. **Eugster** Stefan, **Pineiro** Esteban, **Wallimann** Isidor, Entmündigung und Emanzipation durch die Soziale Arbeit. Individuelle und strukturelle Aspekte, 1997, 150 S.
20. **Rauber** Alex, Die Sozialarbeit und ihre Geldgeber. Eine Studie zum Wissen und Handeln über Sozialarbeit in politischen Parteien, 1997, 395 S.

Série Travail social

Ouvrages édités sous les auspices de la
Conférence suisse des écoles supérieures de travail social (SASSA)

1. **Bridel** Bernard, **Collaud** Marie-Chantal, **Fragnière** Jean-Pierre, **Gottraux** Martial, **Mucci** Marisa, **Rod** Denise, **Roux** Patricia, Un autre travail social, Éditions Delta, Vevey, 1981, 212 p.
2. **Fragnière** Jean-Pierre, **Vuille** Michel (éds), Assister, éduquer et soigner, Éditions Réalités sociales, Lausanne, 1982, 272 p.
3. **Collaud** Marie-Chantal L'enfant… un roi sans royaume, Éditions Réalités sociales, Lausanne, 1984, 144 p.
4. **Gilliand** Pierre, Familles en rupture. Pension alimentaire et politique sociale, Éditions Réalités sociales, Lausanne, 1984, 244 p.
5. **Fragnière** Jean-Pierre, Comment faire un mémoire, Éditions Réalités sociales, Lausanne, 1985, 176 p.
6. **Mazzi** Rosanna, La précarisation de l'emploi, Éditions Réalités sociales, Lausanne, 1987, 106 p.
7. **Avvanzino** Pierre, **Heughebaert** Serge (éds), La sanction et le soin, Éditions Réalités sociales, Lausanne, 1987, 219 p.
8. **Fragnière** Jean-Pierre, **Christen** Gioa, Sécurité sociale en Suisse. Introduction, Éditions Réalités sociales, Lausanne, 1988, 260 p.
9. **Fragnière** Jean Pierre, **Mermoud** Pierre (éds), Le temps des bénévoles, Cahiers du C.F.P.S., Sion, 1989, 150 p.
10. **Tabin** Jean-Pierre, Formation professionnelle en Suisse, Éditions Réalités sociales, Lausanne, 1989, 230 p.
11. **Collaud** Marie-Chantal, Comment créer et animer une association, Éditions Réalités sociales, Lausanne, 1990, 104 p.
12. **Gilliand** Pierre (éd.), Pauvretés et Sécurité sociale, Éditions Réalités sociales, Lausanne, 1990, 324 p.
13. **Voelin** Sabine, **de Rahm** Gérard, Je mûris en apprenant, Les Éditions I.E.S., Genève, 1990, 200 p.
14. **Pauchard** Catherine, Femmes divorcées et sécurité sociale, Éditions EESP, Lausanne, 1991, 164 p.
15. **Fragnière** Jean-Pierre, **Compagnon** Anne (éds), Échec scolaire et illettrisme, Éditions EESP, Lausanne, 1992, 145 p.

16. **Perrin** Guy, Sécurité sociale, Éditions Réalités sociales, Lausanne, 1993, 219 p.
17. **Collaud** Marie-Chantal, **Gerber** Claire-Lise (éds), Vie associative et solidarités sociales, Éditions Réalités sociales, Lausanne, 1993, 195 p.
18. **Avvanzino** Pierre, Histoire de l'éducation spécialisée, Éditions EESP, Lausanne, 1993, 234 p.
19. **Aebi** Alain, **Dessoulavy** Nanielle, **Scenini** Romana, La politique familiale et son arlésienne : L'assurance-maternité. Ou celle dont on parle et que l'on ne voit jamais…, Les Éditions I.E.S., Genève, 1993, 216 p.
20. **Saillant-Eckmann** Monique, **Bolzman** Claudio, **de Rham** Gérard, Jeunes sans qualification. Trajectoires, situations et stratégies, Les Éditions I.E.S., Genève, 1994, 318 p.
21. **Fragnière** Jean-Pierre (éd.), Familles et sécurité sociale, Éditions EESP, Lausanne, 1994, 171 p.
22. **Thétaz** Pierre, **Regazzoni** Andréa (éds), L'intégration professionnelle des personnes handicapées. Débats et perspectives, Éditions EESP, Lausanne, 1995, 142 p.
23. **Menthonnex** Andrée, Le service social et l'intervention sociale. Principales références aux sciences sociales, Les Éditions I.E.S., Genève, 1995, 148 p.
24. **Hirsch-Durret** Elisabeth, **Duvanel** Blaise, Vivre ou survivre. Jeunes malades psychiques et assurance-invalidité, Les Éditions I.E.S, Genève, 1995, 270 p.
25. **Fragnière** Jean-Pierre (éd.), Repenser la sécurité sociale, Éditions Réalités sociales, Lausanne 1995, 208 p.
26. **Amiguet** Olivier, **Julier** Claude, L'intervention systémique dans le travail social. Repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques. Les Éditions I.E.S., Genève, 1996, 351 p.
27. **Greber** Pierre-Yves, **Fragnière** Jean-Pierre (éds), La sécurité sociale en Europe et en Suisse, Éditions Réalités sociales, Lausanne, 1996, 138 p.
28. **Collaud** Marie-Chantal, **Gerber** Claire-Lise (éds), Contre le chômage et l'exclusion, Éditions Réalités sociales, Lausanne, 1997, 148 p.